Experiência de Doença e Narrativa

Antropologia e Saúde

Míriam Cristina M. Rabelo
Paulo César B. Alves
Iara Maria A. Souza

Experiência de Doença e Narrativa

Experiência de Doença e Narrativa

Míriam Cristina M. Rabelo
Paulo César B. Alves
Iara Maria A. Souza

ISBN: 85-85676-68-X

Projeto Gráfico e Editoração Eletrônica:
Angélica Mello

Capa:
Danowski Design

Ilustração da Capa:
A partir de desenho de Hans Arp, De nos oiseaux, *1923*

Preparação de Originais e Copidesque:
M. Cecilia Gomes Barbosa Moreira e Fernanda Veneu

Revisão:
Beatriz de Moraes Vieira

Catalogação-na-fonte
Centro de Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca Lincoln de Freitas Filho

R696c Rabelo, Míriam Cristina
Experiência de Doença e Narrativa. / Míriam Cristina Rabelo, Paulo César Alves, Iara Maria Souza. – Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.
264p.

1. Saúde mental. 2.Processo saúde-doença. 3. Psiquiatria-tendências.
I. Alves, Paulo César. II. Souza, Iara Maria.

CDD. - 20. ed. - 362.2042

1999
EDITORA FIOCRUZ
Rua Leopoldo Bulhões, 1480, Térreo - Manguinhos
21041-210 - Rio de Janeiro - RJ
Tel: (21) 598-2700/01/02
Fax: (21) 598-2509

Autores

- **Míriam Cristina M. Rabelo**

  PhD pela Universidade de Liverpool, Inglaterra, professora do Departamento de Sociologia e Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Antropologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas (FFCH), Universidade Federal da Bahia (UFBA). É pesquisadora do Núcleo de Estudos em Ciências Sociais e Saúde (ECSAS/UFBA)

- **Paulo César B. Alves**

  PhD pela Universidade de Liverpool, Inglaterra, professor titular do Departamento de Sociologia e Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Antropologia (FFCH) e pesquisador do ECSAS (UFBA)

- **Iara Maria A. Souza**

  Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Antropologia da FFCH . É professora do Departamento de Sociologia da UFBA e pesquisadora do ECSAS (UFBA)

Colaboradoras

- **Litza A. Cunha**

  Mestre em Sociologia, pesquisadora do ECSAS (UFBA)

- **Paula B. Schaeppi**

  Graduanda do curso de Psicologia, UFBA, e bolsista de Iniciação Científica do CNPq no ECSAS (UFBA)

Sumário

Apresentação

A presente coletânea reúne trabalhos que buscam refletir sobre questões relativas à compreensão da doença (particularmente da doença mental) como experiência, vivida e significada em contextos de ação e interação. Apesar de independentes, os capítulos encontram-se ligados por uma linha teórico-metodológica comum. Fundamentam-se, todos, em (re)leituras das teorias sociais de base fenomenológica (principalmente a existencial e etnometodológica), da hermenêutica e do pragmatismo. Contudo, é importante observar que não se teve preocupação de seguir à risca os processos discursivos e os quadros de referência dessas 'escolas'. É sempre problemático delimitar, com simples rótulos, a natureza e pressupostos de um certo conjunto de idéias. Entretanto, a diretriz fenomenológica, se assim podemos dizer, é, sem dúvida, preponderante na análise das questões levantadas.

Com exceção parcial de um deles, os artigos desta coletânea são inéditos. Apresentaram-se versões ou partes desses artigos, contudo, em congressos nacionais ou internacionais de ciências sociais ou de saúde coletiva. Os debates e discussões realizados em tais congressos ajudaram substancialmente os autores a questionar e desenvolver alguns aspectos significativos sobre o tratamento dos dados e a elaboração conceitual das temáticas analisadas. Cabe mencionar a participação nos Grupos de Trabalho (GTs) Corpo, Pessoa e Doença da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Ciências Sociais (Anpocs) e Associação Brasileira de Antropologia (ABA): a interlocução com os colegas destes GTs, particularmente com Luís Fernando Duarte e Ondina Fachel Leal, foi bastante enriquecedora. Também nos beneficiamos do olhar crítico de Carlos Coimbra, Marcos Queiroz, Jean Langdon, Cecília Minayo, Ana Canesqui e Luis Castiel, com quem se discutiram algumas das idéias aqui apresentadas. Os cursos ministrados em cursos de pós-graduação e graduação da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal da Bahia (Ufba) serviram de forma particular à sistematização dos autores e teorias discutidos nos artigos.

Embora tenham por objetivo refletir sobre aspectos teóricos ou conceituais das ciências sociais em saúde, os artigos se fundamentam em dados empíricos, produzidos em pesquisas desenvolvidas no âmbito do Núcleo de Estudos em

Ciências Sociais e Saúde (ECSAS) da Universidade Federal da Bahia, criado em 1993. Juntamente com outros pesquisadores nacionais, os integrantes do núcleo participaram da coordenação do I Encontro Nacional de Antropologia Médica (1993). Desde então, têm-se engajado em pesquisas sob os auspícios de diferentes agências financiadoras, em organizações de seminários, em ensino e orientação na graduação e pós-graduação. Assim, podemos dizer que esta coletânea é fruto de um trabalho conjunto, envolvendo, além de nós, autores, toda a equipe de pesquisadores e bolsistas do ECSAS. Entre os primeiros cabe mencionar e agradecer a contribuição inestimável de Maria Gabriela Hita, colega do ECSAS e do Departamento de Sociologia, primeira leitora e crítica de praticamente todos os capítulos, além de parceira em muitas de nossas discussões e projetos. A colaboração dos estudantes que compõem a equipe do ECSAS, por sua vez, não se resume à atuação na produção de dados: sua participação nos seminários semanais de discussão teórica enriqueceu e ampliou nossa visão. Estes seminários têm revelado grande importância na sedimentação de nossa posição intelectual. Os quase intermináveis debates aí travados nos permitiram tornar mais claras, se não as respostas, ao menos as questões que nos interessam desvendar. Assim, gostaríamos de agradecer aos bolsistas: Márcio Barbosa, Paula Schaeppi, Litza Cunha (estas duas co-autoras de um dos capítulos), Suely Messeder, Lícia Barbosa, Suely Motta, Osvaldo Bastos, Juliana Rocha, Cláudia Garcia, Salete Nery, Marcos Rubens, João Sátiro Almeida, Juliana Hupsel, Viviane Hermida e Jucileno Oliveira.

Introdução

Paulo César B. Alves, Míriam Cristina M. Rabelo & Iara Maria A. Souza

---

Os textos aqui apresentados refletem um percurso de estudos e debates, realizados ao longo dos últimos quatro anos pelo Núcleo de Estudos em Ciências Sociais e Saúde (ECSAS) da Universidade Federal da Bahia. Em grande medida, consistem em ensaios de caráter antropológico com base fenomenológica, abordagem que vem ganhando corpo na antropologia contemporânea, particularmente na antropologia médica.[1]

É importante enfatizar que os textos aqui reunidos foram produzidos em momentos distintos. Refletem, portanto, um processo de exploração de novas alternativas analíticas, marcado, é claro, por algumas reformulações conceituais e metodológicas. Há, sem dúvida, um núcleo de questões centrais que, em cada capítulo, são esboçadas, desenvolvidas e retomadas sob diferentes ângulos e com base na análise de dados diversos. Esta introdução procura justamente identificar tais questões: nosso objetivo é apontar alguns dos princípios metateóricos, de caráter quase 'filosófico', que animaram as pesquisas desenvolvidas e inspiraram os procedimentos metodológicos que deram corpo aos trabalhos apresentados.

O elemento unificador da coletânea é, em primeiro lugar, o conceito de experiência. De modo mais geral, expressa uma preocupação em problematizar e compreender como os indivíduos vivem seu mundo, o que nos remete às idéias de consciência e subjetividade, mas também, e especialmente, de intersubjetividade e ação social. Problematizar a idéia de experiência significa assumir que a maneira como os indivíduos compreendem e se engajam ativamente nas situações em que se encontram ao longo de suas vidas não pode ser deduzida de um sistema coerente e ordenado de idéias, símbolos ou representações. "O conhecimento através do qual se vive não é necessariamente idêntico ao conhecimento através do qual se explica a vida", observa Jackson (1996:2). O caráter fluido, multifacetado e, sobretudo, indeterminado da experiência escapa tanto aos cientistas sociais, que buscam decifrar códigos operantes subjacentes às práticas, quase sempre de modo inconsciente, quanto àqueles que explicam as práticas pelas idéias ou representações expressas *a posteriori* pelos atores.

Em uma perspectiva fenomenológica, a experiência não se reduz ao modelo dicotômico que contrapõe sujeito e objeto, do qual partem muitas teorias sociais. Tal modelo expressa apenas uma modalidade de experiência, aquela forjada pela atitude reflexiva. O fundamento e possibilidade mesma desta atitude, entretanto, são dados por outro tipo de experiência, pré-reflexiva ou pré-objetiva. Falar em uma experiência pré-objetiva significa dizer que o mundo se apresenta para nós, em primeiro lugar, como esfera de ação ou prática, antes de se apresentar como objeto de conhecimento. Mais do que isso, significa dizer que o domínio da prática se define essencialmente por um engajamento ou imersão na situação: não requer ou pressupõe, ordinariamente, o posicionamento de um sujeito que se destaca do mundo e o 'objetifica'. Nesta perspectiva, a situação da ação é um campo de instrumentos que usamos – e não um espaço neutro de objetos que devemos primeiro conhecer para posteriormente instrumentalizar a nosso serviço. Da mesma forma, os fins da ação não são formulações abstratas que dominamos intelectualmente para depois pôr em prática; antes, se nos aparecem como parte integrante da própria situação e, assim sendo, não se destacam enquanto planos refletidos. Apenas quando nos vemos ante à dificuldade de sustentar esta imersão prática (pré-reflexiva) no mundo é que ingressamos em uma atitude reflexiva.

Ora, subjacente a esse argumento está a idéia de uma cumplicidade ontológica entre ser e mundo, que Heidegger procura descrever mediante o conceito de *dasein* ou pre-sença (Heidegger, 1997). Dois elementos importantes devem ser levados em consideração para entendermos melhor este ponto: em primeiro lugar, o papel do corpo no delineamento da experiência; em segundo lugar, a questão da intersubjetividade.

A idéia de experiência enquanto modo de estar no mundo nos remete diretamente ao corpo, como fundamento de nossa inserção no mundo. É o corpo que fornece a perspectiva pela qual nos colocamos no espaço e manipulamos os objetos; pela qual os objetos e o próprio espaço ganham sentido para nós. É por ter um corpo – ou ser um corpo – que estamos situados, que somos irremediavelmente seres em situação. Antes de constituir um objeto – nosso corpo que miramos no espelho, o corpo do outro cuja figura avaliamos, ou o 'organismo' sobre o qual intervêm as ciências biomédicas – o corpo é dimensão do nosso próprio ser. A subjetividade, portanto, não se refere a uma consciência que paira sobre o mundo e o avalia à distância: é sempre uma consciência-corpo ou corpo-consciência, o que equivale também a considerar o corpo como ele mesmo, perpassado por uma dimensão subjetiva, de sentido. Assim o corpo é o *locus* em que se inscrevem e se mostram as várias dimensões da vida (experiências passadas, projetos e esforços concretos para intervir na realidade). Tais dimensões não se superpõem e nem se perdem na história; via uma síntese espontânea, integram-se em um esquema corporal que expressa uma modalidade particular de ser no mundo. É neste sentido que, seguindo Merleau-Ponty, podemos falar do hábito como uma *praktognosia*,

um modo de conhecimento e intervenção na realidade radicado no corpo. O hábito é uma forma de compreender o mundo bem distinta de uma apreensão intelectual que produz representações ou idéias: trata-se de uma compreensão que expressa antes um modo de ajustar-se a uma dada situação, que é logrado pelo corpo (Merleau-Ponty, 1994).

O corpo, entretanto, não é apenas o *locus* do hábito, mas o movimento de realização do projeto. Não só somos seres em situação, como também somos seres continuamente voltados para transcender a situação, orientados para o futuro. Ser um corpo é, de fato, não apenas ter uma situação, mas estar sempre a ultrapassá-la rumo a novos estados ou modos de ser, pois o corpo vivido é corpo em ação antes que corpo contemplado (Sartre, 1997). É essa dialética entre nosso enraizamento original no mundo da sociedade e da cultura e nosso engajamento com o futuro, característico da ação, que faz da ambigüidade a marca definidora de nossa existência.

Quando partimos de uma preocupação com a experiência e seu caráter 'encarnado' (*embodied*, em inglês), uma série de questões importantes se coloca para a antropologia médica. Como uma experiência pré-objetiva de sentir-se mal é transformada em uma realidade socialmente reconhecida, dotada de significados que são comunicados e legitimados no processo social? Ou, alternativamente, como certas desordens de base orgânica, identificadas e classificadas pelas ciências biomédicas, incorporam-se à experiência dos sujeitos, conduzindo-os a certos modos de compreender e ajustar-se à situação da doença (os quais, estrito senso, já são formas de transcendê-la) e a agir sobre ela via elaboração e realização de projetos? O que realmente significa dizer, conforme postulam alguns autores, que a experiência da doença é transformada em certos processos terapêuticos? Como de fato se dá essa transformação no transcurso das interações entre terapeutas e pacientes? Algumas dessas questões são diretamente tratadas nos artigos que compõem a presente coletânea.

Uma abordagem centrada na experiência nos permite reconhecer dimensões importantes da aflição e do tratamento que escapam tanto aos estudos desenvolvidos segundo a ótica biomédica (ou, por ela influenciados), quanto aos trabalhos antropológicos e sociológicos tradicionais. No caso dos estudos produzidos segundo a ótica biomédica, a ênfase nos aspectos orgânicos dos processos de doença e cura conduz a uma omissão da dimensão de sentido de que se revestem tais processos: o corpo/objeto da ciência médica substitui o corpo vivido, fonte e condição para nossa relação com um mundo de objetos. No caso dos estudos produzidos no âmbito das ciências sociais, a ênfase nos aspectos ideais ou simbólicos da doença e cura conduz a uma desvalorização das sensações e práticas encarnadas dos sujeitos doentes e seus terapeutas: trata-se do corpo/texto, espelho da cultura, que substitui o corpo vivido, fundamento de nossa inserção no mundo da cultura e ponto de partida para a reconstrução contínua desse mundo.

A relação da doença com o âmbito cultural e social é, em certo sentido, problemática estruturante da antropologia médica. No contexto da presente discussão, ela nos remete à questão do caráter intersubjetivo de toda experiência e, portanto, também do adoecer e tratar-se. Implicada na idéia de ser-em-situação não está apenas a unidade corpo-mente, mas também o enraizamento fundamental do indivíduo no contexto social, enquanto ser que é desde sempre ser-com-outros. Merleau-Ponty fala de uma sociabilidade originária, argumentando que a coexistência do eu e do outro em um mundo intersubjetivo é anterior a qualquer separação entre sujeito/objeto (e, portanto, a qualquer individualização), em um nível pré-objetivo. Se há social para mim, observa o autor, é porque sou originariamente social, e se sei que compreendo, ou se inevitavelmente projeto significações nas condutas do outro, é porque o outro e eu estamos e continuaremos compreendidos em uma rede única de condutas e em um fluxo de intencionalidades. A subjetividade é, assim, posterior à intersubjetividade; só lentamente, o meu ponto de vista se separa desse intermundo originário idéia também defendida pelos pragmatistas clássicos como Mead (1972), para quem o *self* não constitui uma característica inata, senão uma capacidade desenvolvida a partir de nossa interação com os outros.

Falar de uma vivência pré-reflexiva não significa, portanto, empreender a busca de um fundamento pré-cultural ou pré-social da experiência mas, ao contrário, inquirir sobre os modos como os sujeitos trazem consigo o social e cultural, enquanto fundo não representado de seus projetos, ações, sentimentos. Explorando as implicações desta idéia para a antropologia médica, Csordas argumenta que reduzir a experiência da doença a uma determinação biológica, tanto quanto tomá-la como efeito da cultura, ou mesmo como resultado da combinação entre ambos os 'fatores', conduz a uma visão por demais parcial e empobrecida dos processos de adoecimento e terapia: "o que está ausente de explicações como essas é a análise do sujeito encarnado (...) tomando uma posição existencial no mundo" (Csordas, 1994:287).

Dizer que a forma como se mobilizam e reorganizam as capacidades corporais, na experiência da doença, orienta-se pelos modelos culturais não é necessariamente tomar estes modelos como realidades objetivas e imutáveis que, em última instância, determinam a experiência. Se o social não é soma de subjetividades isoladas, tampouco é realidade objetiva que se impõe segundo leis ou mecanismos próprios. Observa Merleau-Ponty que a classe, a nação, e poderíamos acrescentar a família, a religião, o gênero, "não são fatalidades que submetam o indivíduo do exterior, nem tampouco valores que ele ponha do interior. Elas são modos de coexistência que o solicitam" (1994:487). Estamos continuamente respondendo a essas solicitações, embora apenas em situações específicas respostas usualmente irrefletidas e confusas convertam-se em tomadas de posição refletidas, relações que eram apenas vividas transformem-se em engajamento explícito.

A idéia de um diálogo constitutivo de nossa relação com o social – aqui apenas sugerida por Merleau-Ponty – tem tido um impacto importante nas ciências humanas contemporâneas. O conceito de dialogismo proposto por Bakhtin, e bastante usado por sociólogos e antropólogos (além de lingüistas e críticos literários), traduz uma preocupação clara em fundamentar noções como as de sociedade e cultura nas relações sociais concretas que os indivíduos estabelecem uns com outros ao longo de suas vidas, nos processos de orientação mútua constituintes de tais relações. Tal preocupação perpassa os trabalhos de Weber, Mead, Blumer e Garfinkel. Com base nas discussões desses autores, vale notar que, se o social constitui o campo permanente de toda nossa experiência, do qual não podemos escapar, trata-se de um campo móvel, continuamente deslocado, ampliado e refeito pelos indivíduos no curso de suas ações/interações cotidianas. A intersubjetividade é, assim, um conceito que aponta para o 'presente vivido', no qual os indivíduos desenvolvem suas ações, procuram compreender-se mutuamente e compartilham o mesmo tempo e espaço com os outros. Como observa Natanson (1973:xxxII-xxxIII),

> *esta simultaneidade é a essência da intersubjetividade, significa que capto a subjetividade do alter-ego ao mesmo tempo que vivo em meu próprio fluxo de consciência (...) E esta captação em simultaneidade do outro, assim como sua captação recíproca de mim, torna possível nosso ser conjunto no mundo.*

No caso da antropologia médica, essas considerações se refletem em duas questões associadas. Por um lado, é preciso compreender a experiência subjetiva da aflição em termos de seu enraizamento no mundo da cultura. Por outro, deve-se atentar para os processos sociais pelos quais os indivíduos definem e legitimam certas experiências de sentir-se mal, comunicam e negociam significados para suas aflições e para as aflições dos outros. Trata-se, como já se observou, de questões intimamente relacionadas e que precisamos manter em constante diálogo. Situar a dimensão social/cultural da doença exclusivamente no nível dos processos conscientes ou reflexivos de significação, negociação e legitimação é, de certo modo, manter-se preso à dicotomia entre natureza e cultura, ou melhor, não reconhecer plenamente o campo da experiência (que inclui uma dimensão pré-reflexiva, originária), em que se entrecruzam e ganham sentido existencial tanto o âmbito biológico quanto o cultural. Reduzir os significados, que os indivíduos constroem por meio de suas interações, a modelos culturais incorporados na experiência pré-reflexiva é, por outro lado, correr o risco de objetivar a cultura – enquanto modelo dado, *a priori* – e recusar a dimensão de criatividade à existência humana. Parafraseando Sartre, precisamos lembrar que a cultura é tanto ponto de vista, quanto ponto de partida.

Dar atenção aos processos interativos que se desenrolam nas situações de doença e cura mostra-se especialmente relevante nos estudos voltados para contextos médicos plurais, em que os indivíduos percorrem diferentes instituições

terapêuticas e utilizam abordagens por vezes bastante contraditórias para diagnosticar e tratar a doença. Neste ponto, o caráter fluido e mutável das definições formuladas para explicar e lidar com a aflição reflete uma complexa dinâmica relacional, trazendo à tona o papel das redes sociais no ato de se orientar, sustentar e conferir plausibilidade às expressões, sentimentos e condutas adotadas perante a aflição. É fundamentalmente no mundo da vida cotidiana que se elaboram e desenvolvem as ações conjuntas para se lidar com a doença. Tratar do caráter intersubjetivo das experiências de doença e cura nos conduz a um exame cuidadoso da realidade do mundo cotidiano.

O mundo da vida cotidiana (*lebenswelt*) constitui o substrato comum no qual agimos e compreendemos as nossas ações e as ações dos outros: nele domina o que Husserl chama de atitude natural, a crença na existência do mundo enquanto realidade exterior, composta de objetos bem circunscritos e ordenados, dotados de propriedades que independem das vivências intencionais dos indivíduos e que, portanto, oferecem resistência aos seus projetos e ações. Na atitude natural também tomo como pressuposto a existência dos outros indivíduos e assumo que nossas perspectivas são recíprocas e intercambiáveis. Husserl (1970) observa que o mundo da vida cotidiana é o mundo 'pré-dado', que se dá constantemente como realidade, que encerra e oferece os objetos para os quais nossos interesses se dirigem, mostrando-se igualmente como o constante e inquestionado terreno de validez sobre o que repousa e se funda toda a validez dos objetos.

A atitude natural é totalmente determinada por um motivo pragmático: acima de tudo, o mundo cotidiano é o mundo da práxis. O conhecimento que adquirimos e utilizamos no dia-a-dia está atrelado a interesses práticos: "devo compreender meu mundo da vida no grau necessário para poder atuar nele e operar sobre ele" (Schutz & Luckmann, 1973:28). Este estoque de conhecimento, que utilizamos para nos orientar na situação e resolver os problemas que se nos defrontam, é heterogêneo: comporta desde um conhecimento radicado no corpo (que inclui habilidades corporais adquiridas no passado), não acessível discursivamente, até uma série de receitas genéricas para lidar com um conjunto variado de situações. Para Schutz, o estoque de conhecimento é formado ao longo do percurso biográfico do indivíduo. Assim, é aberto a retificações ou corroborações de experiências por vir, ou seja, apresenta caráter fluido e processual. A configuração que o estoque de conhecimento assume a cada momento é determinada pelo fato de que os indivíduos não estão igualmente interessados em todos os aspectos do mundo ao seu alcance; antes, é o projeto, formulado aqui e agora, que dita o que é relevante ou não na situação.

A doença, conforme observam os etnometodólogos, constitui precisamente uma situação-problema, que põe em xeque a atitude natural e exige dos indivíduos medidas normalizadoras, que lhes permita enquadrar a experiência geradora de ruptura em esquemas interpretativos e reintegrá-la, assim, à zona não questio-

nada do mundo da vida cotidiana. Constitui muitas vezes uma situação que revela a insuficiência do conhecimento à mão e, por conseguinte, mobiliza os indivíduos a buscarem novas receitas práticas para explicar e lidar com o problema. Neste sentido, põe à mostra o processo mesmo pelo qual novos elementos se adicionam ao estoque de conhecimento, enquanto outros são, a menos temporariamente, 'empurrados' para áreas de acesso mais remoto.

Abordar a experiência da doença segundo essa concepção – que a vê como problema a ser resolvido – permite-nos, além do mais, compreender por que o conhecimento que as pessoas têm e relatam acerca da doença é marcado por contradições e vastas zonas de imprecisão: estas refletem o conjunto de experiências por meio do qual tal conhecimento foi e está sendo adquirido. Antes de ser uma questão intelectual sobre a qual é preciso teorizar, a doença é uma questão prática; o que explica porque os indivíduos, uma vez que se sintam capazes de colocá-la sob controle, suspendem o processo de questionamento e problematização a que se haviam dedicado.

Partindo do princípio de que um dos objetivos centrais das ciências sociais é estudar a experiência no mundo em todas as suas formas e dimensões (Douglas & Johnson, 1977), os textos apresentados descartam uma visão causal da vida humana. Em uma perspectiva fenomenológica, não faz sentido isolar fatores – sejam eles culturais, sociais ou biológicos – e atribuir-lhes uma determinação causal sobre a existência, pois esta é na verdade o movimento contínuo pelo qual a vida se desdobra em várias dimensões e pelo qual estas dimensões integram-se à totalidade da vida, constituindo cada uma delas, a um só tempo, aspectos particulares e expressões generalizadas da existência. Há, portanto, em toda experiência, um excesso de sentido: é impossível caracterizar uma experiência como expressão unívoca de um determinado conteúdo, motivo ou fator. Nisto reside também sua indeterminação fundamental. Conforme já mencionado, o que a experiência nos revela é o processo contínuo pelo qual se toma uma posição existencial em face do mundo; dizer que essa posição é orientada pela cultura é chamar a atenção para o fato de que a cultura é essencialmente vivida (isto é, uma dimensão da existência humana).

Para recuperar a dimensão vivida da cultura, do adoecer e curar, boa parte dos capítulos examina as experiências de indivíduos singulares. Tais discussões se fazem preceder, via de regra, por considerações mais gerais sobre o contexto – social e cultural – das experiências descritas.

A ênfase nas experiências de indivíduos singulares não deve ser entendida – por razões já esclarecidas – como defesa de uma noção de subjetividade enquanto posição soberana de um ego transcendental, senão como busca de elucidar os modos pelos quais indivíduos se reorientam em um mundo – de relações com outros, atividades e planos coletivos – por vezes profundamente alterado pela doença. Interessa-nos compreender interações e diálogos, mas também as emo-

ções, imagens, projetos e identidades que constituem um contexto para essas interações, ao mesmo tempo em que são constituídos e continuamente reconstituídos no seu transcurso. Buscamos, assim, avançar rumo a um conceito de experiência "empiricamente fiel", tal como sintetizado por Jackson:

> *Um conceito empiricamente fiel de experiência tem que, primeiro, reconhecer esse caráter multifacetado da pessoa – o fato de que a experiência do* self, *ou do* self *em relação ao outro, é continuamente ajustada e modulada pela circunstância. Segundo, conforme argumentou Dilthey, o conceito de experiência deve incluir não apenas o que é habitual, típico e costumeiro* (Erfahrung), *mas o que é idiossincrático, excepcional e singular* (Erlebnis). *Terceiro, nossa noção de experiência deve reconhecer não apenas nosso senso de coisas substantivas e delimitadas, mas nosso senso do transitivo e não delimitado, se queremos evitar reduzir a experiência às ordens conceituais que impomos sobre ela. Finalmente, é imperativo reconhecer (...) o modo como os* objetos *da experiência tendem a fundir com as formas pelas quais esses objetos são vivenciados* [experienced]*; i.e. os* processos *vividos de experimentar* [experience]. (Jackson, 1996:27-28)

Quase todos os artigos, de maneira geral, voltam-se para o estabelecimento de alguns pressupostos analíticos que permitam desvendar os modos pelos quais se constitui o significado da experiência. O conceito de significado é, portanto, essencial em todos eles. Partimos do pressuposto de que a experiência é muito mais complexa do que os significados formulados para explicá-la, isto é, de que estes oferecem sempre quadros parciais e inacabados de uma realidade que está sempre em fluxo. Estão, portanto, fadados a ser repensados, contestados e refeitos. Ora, tal idéia nos conduz a rejeitar teorias que postulam os significados como estruturas *a priori*, determinantes das práticas, sublinhando a importância dos contextos dialógicos na construção e reconstrução contínua do sentido. Afinal, significado é sempre significado para alguém. Da mesma forma, leva-nos a suspeitar de abordagens intelectualistas que acreditam encontrar o fundamento das práticas nos motivos, razões explícitas ou representações que os atores formulam para explicá-las: trata-se de dimensões integrantes do agir humano, mas não têm um status independente deste agir. Os projetos que os atores formulam para o futuro são continuamente corrigidos, refinados ou mesmo desviados do seu curso original, à medida que a ação em progresso revela dimensões da situação que antes eram desconhecidas e conduz a um amadurecimento mesmo do seu sujeito (no sentido de que este adquiriu novas experiências). O sujeito que lança o olhar para uma ação passada a vê como objeto claro e bem delimitado, ato concluído; seu olhar já está depurado das incertezas e vacilações que sofreu no processo de sua realização. Não se trata aqui de afirmar a impossibilidade de se compreender o significado das ações dos outros, ou mesmo das nossas, senão de enfatizar que essa compreensão precisa necessariamente levar em conta os contextos de

enunciação. Reconhecer que os significados não pertencem a um plano etéreo de puras idéias é reconhecer que eles se atrelam às situações em que são formulados, ou antes, em que são usados. E estas são fundamentalmente situações de diálogo com outros. Neste sentido, a semiótica de Charles Peirce nos acena com um modelo bastante frutífero de análise da dinâmica de significação.

Assim, nos textos que compõem esta coletânea, o conceito de significação é usado em sua dimensão pragmática, ou seja, como algo decorrente de uma relação intrínseca entre o sentido da linguagem e a situação enunciativa. Difere, portanto, da tradição estrutural, de inspiração saussuriana, na qual significação é definida totalmente pelo seu sentido, dado um código semântico a priori ou regras sintáticas de articulação dos signos.

Por fim, convém tecer algumas considerações de cunho mais metodológico, esclarecendo como os trabalhos apresentados procuraram equacionar a questão do modo como estudar a experiência. Cabe observar que quase todos os capítulos orientam-se para o exame de narrativas produzidas pelos sujeitos da área pesquisada, tidas como modo de acesso às suas experiências. Assim fazendo, não estamos postulando uma equivalência ou mesmo redução da experiência ao discurso narrativo, mas reconhecendo uma vinculação estreita entre a estrutura da experiência e a estrutura narrativa – ponto que tem sido fortemente defendido por Carr (1986). Em análise apoiada nos estudos de Husserl, Heidegger e Merleau-Ponty, Carr procura superar a visão corrente em muitas abordagens contemporâneas da narrativa, segundo a qual a experiência é, em si mesma, disforme, desprovida de seqüência ou ordenação temporal, e a narrativa, o processo pelo qual uma estrutura ou ordenação lhe é imposta de fora. Husserl, conforme observa Carr, aponta para o caráter estruturado ou organizado da experiência pré-reflexiva, ao mostrar como cada uma de nossas vivências traz consigo a retenção de vivências imediatamente transcorridas e a expectativa vazia ou protensão de um futuro imediato por vir. Passado e futuro constituem assim o fundo necessário de toda experiência presente.

Essa estrutura temporal não caracteriza apenas as experiências passivas do sujeito, mas é também marca definidora da ação. Passado, presente e futuro, argumenta Carr (1986:36), "são simplesmente aspectos diferentes do que estou fazendo". No caso específico da ação, é o futuro, de fato, que se torna saliente, é o fim ou expectativa de um determinado porvir que organiza (sem precisar recorrer à reflexão ou representação) não apenas minhas disposições corporais, como também todo meu ambiente, "em um tipo de predicamento ou problema que minha ação tem de resolver"(1986:39). Na ação, além do mais, defino-me como o protagonista que precisa resolver o problema, ao mesmo tempo em que busco, a todo custo, colocar-me na posição do narrador que tem controle sobre o desenrolar dos eventos. Ao agir, narro para mim mesmo o que se passa, de modo que continuamente monitoro e avalio o presente à luz do futuro, isto é, do projeto. Ora, isto significa que a estrutura de começo, meio e fim ou aquela que descreve

o desenrolar de um problema a resolver – típica da narrativa – é parte integrante da ação, das experiências cotidianas dos sujeitos. Significa, enfim, que a narrativa não é um artifício justaposto à experiência, um adorno ou complemento acidental. Boa parte dos analistas efetivamente enfatiza que a narrativa constitui o significado da experiência. Entretanto, no seu entrelaçamento com a ação, ela "o faz no curso da vida mesmo, e não apenas depois do fato, nas mãos de autores, nas páginas de livros" (Carr, 1986:62). Voltando-se para o exame das narrativas produzidas pelos indivíduos no processo de tentar lidar com a aflição, todos os trabalhos desta coletânea partem da suposição de que as narrativas consistem em dimensões da vida.

Plano do Livro

A coletânea está divida em duas partes. Os capítulos que compõem a primeira parte abordam o tema da construção social e cultural da doença, especialmente do que chamamos de doença mental, colocando o foco da análise sobre os processos sociais, dialógicos, que configuram e dão forma às experiências de aflição. Os textos descrevem e problematizam as experiências de membros da comunidade e/ou outros significativos (familiares e vizinhos) no processo de identificação, explicação e lida com a doença. O capítulo 1 procura mapear os modos socialmente compartilhados pelos quais indivíduos da área pesquisada identificam, explicam, reagem e buscam tratar da doença mental, tendo a função, no corpo da coletânea, de delinear o quadro cultural mais amplo das definições e práticas relativas à doença no grupo estudado. Nesse capítulo, utilizaram-se narrativas sobre casos concretos de doença como meio para chegar a um conhecimento da semiologia local da doença mental. O uso de narrativas de casos concretos, conhecidos dos informantes, visa a superar os limites de determinadas análises, sobre concepções e práticas de doença, que acreditavam encontrar nas afirmativas genéricas dos membros de uma cultura um acesso ao conhecimento que vinha a orientar suas práticas em situações reais.[2]

Os capítulos 2 e 3 mostram como as maneiras de identificar e lidar com a doença, delineadas no capítulo 1, longe de constituir reflexo de um sistema interpretativo fechado, fundamentam-se em certos interesses práticos e se formulam e reformulam no curso de relações sociais. Diferenciam-se do capítulo anterior também pela forma como tratam as narrativas, partindo do argumento de que os relatos não constituem apenas fontes privilegiadas de informação, mas representam uma tomada de posição dos seus autores ante a situação geral em que se encontram a partir do advento da doença. O capítulo 2 ressalta o papel das narrativas como realizações práticas, enquanto o capítulo 3 situa a construção dos relatos no contexto da atualização, quebra ou criação de determinados laços sociais.

O capítulo 4, de cunho exclusivamente teórico, também procura romper com a idéia de modelos interpretativos fechados, refletindo sobre os processos de escolha e deliberação implicados nos itinerários terapêuticos. Os autores argumentam que uma compreensão do modo como os itinerários são traçados ao longo da história da doença exige que tais processos subjetivos sejam devidamente considerados, observando, contudo, que o sujeito das escolhas e projetos terapêuticos nunca é o sujeito isolado do pensamento, e sim o ator em diálogo com outros. A perspectiva ou conhecimento leigo acerca do hospital psiquiátrico é examinada no capítulo 5, por intermédio de suas principais imagens e das mudanças que sofre com o acúmulo de novas experiências na lida concreta com a instituição. O argumento desenvolvido pela autora enfatiza a necessidade de se levar em conta tal perspectiva, para que a análise não termine por considerar a instituição como detentora do poder de decidir e determinar o destino dos doentes.

A segunda parte da coletânea reflete mais diretamente sobre a experiência do adoecer e tratar-se, discutindo questões relativas à subjetividade, corporeidade e ação no delineamento dessas experiências. Todos os capítulos dessa parte analisam as experiências dos próprios doentes. O capítulo 6 reflete sobre o papel das metáforas em transformar a experiência incoativa de sentir-se mal em algo que pode ser comunicado, compartilhado e administrado em contextos sociais. De todos é talvez aquele que aborda de forma mais direta a conexão entre narrativa e experiência, mediante uma discussão do papel das metáforas – que se apresentam em quadros narrativos – na expressão e constituição da experiência da aflição. No capítulo 7 o nervoso é discutido como uma experiência encarnada, com base na qual certas identidades se forjam e projetos se refazem. O capítulo mostra que as narrativas não devem ser entendidas apenas como um posicionamento tomado perante outros, mas também como um modo de colocar-se perante si mesmo: daí a estreita vinculação entre narrativa e identidade.

O capítulo 8 examina o modo como indivíduos considerados doentes mentais situam-se diante da doença, formulando e negociando projetos de normalidade em contextos específicos de engajamento corporal. Recuperando o fundamento corporal da imaginação, o capítulo 9 reflete sobre o papel dos processos imaginativos na transformação da experiência de indivíduos tratados em agências religiosas. Nestes dois últimos capítulos, o estudo e análise das narrativas inserem-se em uma discussão mais geral sobre as práticas – e seu fundamento corporal – de conviver com e tratar da doença. As discussões apresentadas fundamentam-se em uma metodologia de acompanhamento de casos – eventos, encontros, conversas e atividades na vida de indivíduos com problemas de doença –, durante períodos que variaram de seis a dezoito meses. Fica claro que, ao mesmo tempo em que oferecem elementos para interpretar o contexto da experiência – o ponto de vista dos sujeitos sobre os eventos e interações observados –, as narrativas precisam ser analisadas enquanto partes de um contexto data-

do de eventos e interações. Em outras palavras, a análise precisa mover-se continuamente entre as narrativas (ou o seu sentido interno) e os contextos sociais de sua produção ou enunciação.

Todos os capítulos apresentam discussões teóricas relativamente longas, o que reflete um processo de descoberta de pistas e exploração de alternativas para a compreensão da experiência da doença em suas várias dimensões. Há, em praticamente todos os textos (com exceção de um), uma tentativa de articular as dimensões teórica e empírica no estudo da experiência.

Entre as pesquisas realizadas pelo Ecsas, cabe destacar particularmente as seguintes investigações: 1) A Lógica do Itinerário Terapêutico, financiada pela Opas e CNPq[3], sob a coordenação de Paulo César B. Alves; 2) Saúde Mental e Fatores de Fragilidade: experiências de mulheres em uma comunidade de Salvador, financiada pelo CNPq[4], sob a coordenação de Paulo César B. Alves; 3) Processos de Fragilização e Proteção à Saúde Mental na Trajetória de Mulheres de Classe Trabalhadora Urbana, financiada pela Fundação Carlos Chagas e CNPq[5], sob a coordenação de Paulo César B. Alves e Maria Gabriela Hita; 4) Signs, Meanings and Practices Related to Mental Health, financiada pelo IDRC (Canadá), sob a coordenação de Naomar Almeida Filho (principal investigador), Carlos Alberto Soares, Paulo César B. Alves e Míriam Cristina M. Rabelo; 5) Illness Management Strategies and Mental Health Systems in Bahia, Brazil, financiada pelo IDRC (Canadá), sob a coordenação de Carlos Alberto Soares, Paulo César B. Alves e Míriam Cristina M. Rabelo; 6) Saúde Mental: agências terapêuticas e redes sociais, financiada pelo CNPq[6], sob coordenação de Míriam Cristina M. Rabelo; 7) Doença Mental, Religião e Sociabilidade, financiada pelo CNPq[7], sob coordenação de Míriam Cristina M. Rabelo; 8) Na Trama da Doença: redes sociais e doença mental, financiada pela Interamerican Foundation, sob a coordenação de Iara Maria A. Souza.

Todas essas investigações (ou partes delas) realizaram-se em um bairro de classe trabalhadora da cidade de Salvador (BA): O Nordeste de Amaralina. Assim, os capítulos apresentam uma linha comum também pela referência a um mesmo contexto social. A seguir, elencam-se alguns elementos característicos do cotidiano no bairro.

O Contexto Social da Coletânea: o Nordeste de Amaralina e seus habitantes

O Nordeste de Amaralina, um bairro de classe trabalhadora da cidade de Salvador (BA), possui uma área de 250 hectares e divide-se em três regiões: Vale das Pedrinhas, Santa Cruz e Nordeste propriamente dito. A ocupação da área começou na década de 50, a partir do loteamento de Ubaranas (uma antiga fazenda já em decadência). Como os proprietários não ocuparam imediatamente os

lotes comprados, a área foi desmembrada e ocupada em levas sucessivas. A invasão mais recente, na década de 80, chamada Nova República, ocupou até mesmo uma parte do parque florestal da cidade, localizado em um dos limites do bairro.

A população do Nordeste de Amaralina é de aproximadamente 90 mil habitantes, vivendo em mais de 14 mil casas. A pobreza é um dos traços que caracterizam o bairro: mais da metade de seus habitantes apresenta uma renda mensal inferior ao salário mínimo. Os migrantes predominam na composição de sua população, representando 60% dos moradores, a maioria oriunda da zona rural. Há uma forte presença de jovens no bairro: 40% de seus residentes têm idade inferior a 15 anos.

O Nordeste de Amaralina (incluindo Santa Cruz e Vale das Pedrinhas) é uma espécie de grande ilha cercada de bairros de classe média – Pituba, Amaralina, Rio Vermelho, Candeal de Brotas – e tem como um dos seus limites o parque florestal da cidade, local de lazer de mães e crianças nos fins de semana, também utilizado para 'despachos' e 'trabalhos' realizados pelos pais-de-santo das redondezas. Nos limites do parque localiza-se a região chamada de Boqueirão, onde as ruas são mais estreitas e os becos mais escuros, cuja ocupação, apesar uma parte mais antiga, funde-se com a mais nova invasão, a Nova República. Segundo os moradores de outras áreas, trata-se do centro desde onde se irradia quase toda a violência que ocorre no bairro; é lá que se procuram os 'ladrões' e 'estupradores', e onde se depositam os cadáveres, surgidos quase sempre após as brigas e disputas entre os 'criminosos'.

Com exceção das avenidas principais, em que se concentra o comércio local, e de algumas ruas mais antigas, cujos moradores têm uma situação mais estável, o cenário do Nordeste de Amaralina (doravante referido apenas como Nordeste) é dominado por pequenas casas espremidas umas contra as outras, ao longo de ruas estreitas e sinuosas. Muitas construções, com tijolos aparentes, parecem ainda inacabadas; outras tantas, feitas de barro, papelão ou pedaços de madeira, são apenas arranjos provisórios, à espera de que seus proprietários consigam obter algum dinheiro para dar início à construção. Dada a falta de espaço para a expansão horizontal do bairro, começa a se delinear uma certa tendência à verticalização. Muitos proprietários 'batem laje' na casa, para construir um segundo ou terceiro andar. Pode-se realizar a ampliação apenas com a intenção de aumentar o número de cômodos da casa, mas freqüentemente o objetivo é criar uma nova residência, a ser ocupada por um filho casado ou por algum parente, juntamente com sua família. A casa própria, construída aos poucos, passo a passo, é um projeto familiar. O investimento que aí se faz não é meramente monetário: são horas de trabalho, planejamento, renúncias, abandono de planos e desejos alternativos, sacrifícios em nome do projeto da casa.

No Nordeste há um comércio local relativamente forte. Existe igualmente um bom número de escolas dentro dos seus limites. Além disso, basta dar uma caminhada por suas ruas para se fazer um idéia da vitalidade da economia informal: inúmeras casas transformaram-se em vendas improvisadas com gêneros alimen-

tícios e bebidas expostos nas janelas ou em modestos balcões; um sem-número de residências mostram pequenas placas anunciando os serviços de professores particulares (banca), costureira, cabeleireiro, manicure, venda de picolés e doces etc. Todos esses produtos e serviços estão à disposição daqueles que incessantemente vão e vêm pelas ruas do bairro. Por fim, encontram-se também na área vários espaços de culto religioso, freqüentados pelos moradores e aos quais se recorre em casos de doença: terreiros de candomblé, diversas denominações pentecostais, casas de umbanda e centros espíritas mais ortodoxos, além de duas igrejas católicas, uma das quais vinculada à renovação carismática.

O estilo de vida no Nordeste é marcado por uma forte ênfase nas relações intrabairro, constituindo uma extensa rede de relações entre as pessoas: os laços sociais com os vizinhos e parentes que moram nas proximidades têm um grande peso na vida dos moradores. A rua é amplamente ocupada e compartilhada, consistindo em mais do que local de passagem, em espaço de sociabilidade para as crianças, que passam o dia brincando, e para os adultos, que vão e vêm da venda ou do trabalho, ou que ficam bebendo nos bares, jogando cartas, ou simplesmente sentados na frente da casa para observar a movimentação dos que passam. É na rua que as pessoas se encontram, conversam umas com as outras, contam suas histórias e se informam sobre as últimas novidades da área.

Parentes que vivem próximos uns aos outros costumam encontrar-se regularmente, especialmente as mulheres, que mantêm relações mais estreitas entre si e são responsáveis por sustentar as ligações nas redes de parentesco. Dentro dessa trama de relações, a ligação entre mãe e filha, que não raro moram em casas próximas, mostra-se particularmente intensa, fortalecida por visitas constantes, quase cotidianas, de ambas as partes, e pela troca de serviços, ajuda, informações e conselhos.

As relações de amizade e de intimidade se estabelecem preferencialmente com habitantes das proximidades. Dificilmente se vêem laços de amizade entre pessoas que vivem em localidades distantes, em outros bairros. Quando se referem à vizinhança, os moradores quase falam como se tratassem de uma entidade coletiva, dizendo "os pessoal ajudou" ou "os vizinhos vieram". Contudo, apesar da intimidade que parece reinar entre pessoas que moram próximas, nem sempre se avaliam as visitas de vizinhos de modo positivo. Há regras implícitas relativas a tais visitas; entrar nas casas, onde nem sempre há uma sala separada da cozinha ou do quarto, é considerado como invasão de privacidade, a menos que seja uma visita rápida quando a porta está aberta ou que se esteja ajudando uma amiga em algum serviço doméstico. Apenas em relações muito íntimas entre amigas ou parentes é franqueada a casa, e as mulheres se visitam com alguma freqüência, em geral quando os maridos não estão presentes. Para os homens, a visita não é recomendada; eles encontram seus amigos em espaços públicos, na rua, nos bares, locais de jogo. Apesar de reserva quanto à casa, é habitual ver duplas ou grupos de pessoas conversando no portão, na frente da casa, no jardim, na rua.

Clarice: Não, ela [a amiga] não vem assim porque ela uma vez ela disse: "oi, Clarice, enquanto cê não vir na minha casa eu não vou na sua", mas nós conversa até tarde da noite, fica até uma hora aí [na calçada] conversando. Agora porque eu não vou lá [na casa da amiga], eu não vou lá que eu não me dou com o marido dela, o marido dela, não me dou não, nunca brigamos, mas eu tenho vergonha quando eu tô numa casa que o marido chega. Aí ela pergunta: "Clarice, por que cê não vem aqui?", eu disse: "ah, eu me acho tão acanhada quando eu tô assim conversando que o marido chega, ai eu não vou, eu evito de ir". Eu não vou na casa de Nega [a irmã] porque quando eu tô lá que Tonho chega eu fico morrendo de vergonha, não gosto.

D. Maria da Ajuda: Aqui também todo mundo é amigo, mas eu não vou na casa de ninguém., nem ninguém vem. Agora, se eu tiver numa boa ou gritar, todo mundo acode. Acode. Mas dizer de eu ficar de a casa de entra e sai...

Damiana: Porque lá no lugar que eu moro converso com todo mundo, mas na casa de pessoas nenhuma eu vou. Nem vai na minha casa, nem eu vou na dos outros E... aí, já evita muitos problemas, não?

Mesmo reconhecendo a importância das relações com vizinhos e parentes na vida dos moradores do Nordeste, não podemos nos entregar à idéia romântica de que, nos bairros de classe trabalhadora, os moradores teriam conseguido resgatar ou preservar uma nostálgica 'comunidade' de iguais e solidários, que em outros locais da 'urbe' teria sido perdida, na voragem do progresso. Nesta vida em que se vive de modo tão próximo dos outros, em que as relações se tornam íntimas quase forçosamente, em que os dramas pessoais convertem-se quase sempre em dramas públicos, em que as pessoas observam e são observadas com uma intensidade dificilmente repetida em outros contextos, a cooperação e a solidariedade constituem apenas uma das facetas da convivência entre as pessoas, que, de fato, caracteriza-se por um boa dose de tensão e ambivalência, expressas nas visões discordantes sobre o bairro:

Nilma: Essa estória de que pobre se ajuda é mentira. Aqui se você tiver é porque tem, se não tiver então ninguém tem. Eu era muito besta, o que me pediam eu dava, agora eu digo: não tenho não. Deus diz: 'faz por ti e eu te ajudarei', cada um tem que fazer por si.(...) A gente não deve confiar em vizinhança, não vale a pena. Aqui se você tiver com fome, você morre porque ninguém lhe dá um prato de comida.

Chica: Aqui os vizinho, aqui não pode ver o outro sentir uma dor de cabeça, né? Dá, dão muita força mesmo, dá muita força, isso aí é, é a realidade, entendeu? Então, tá o motivo que eu digo a você que eu não quero sair daqui, porque, sei lá, se amanhã ou depois eu sentir qualquer coisa aqui, eu vou ter uma grande ajuda, certo?

A fofoca é uma das razões de queixa dos moradores do bairro (embora eles não se eximam de fazer parte das redes que as veiculam). Uma das maiores razões de brigas entre amigos é a quebra de confiança; a revelação de um segredo a terceiros; a criação de intrigas em um grupo de amigos ou com um parceiro, quer seja marido ou namorado.

Os mexericos revelam também uma outra área de tensão nas relações de vizinhança, qual seja, a animosidade existente entre moradores mais antigos, gozando em geral de uma situação financeira melhor, e os 'invasores', moradores da Nova República ou Boqueirão (Hita, 1995). Os que vivem na área de ocupação mais antiga procuram distinguir-se dos seus vizinhos, construindo uma identidade que se opõe à dos favelados – descritos por muitos como 'sujos', 'ladrões', 'povo ruim' –, ao passo que os moradores da área de invasão utilizam duas estratégias diferentes na construção de sua identidade: por um lado, procuram maximizar seu status mediante um discurso que minimiza as diferenças existentes no interior do bairro, ressaltando que são todos iguais e solidários; por outro lado, tentam também se distinguir de seus vizinhos, afirmando que moram na invasão – fato inquestionável – e são pobres, mas são pais e mães de família, pessoas limpas e trabalhadoras, ao contrário de muitos que estão ao seu redor, tidos por 'vagabundos' e 'desocupados'.

> *Benvinda, moradora da invasão:* Aqui não tem um melhor do que o outro, tudo é igual. Quando tem um que quer ser melhor, acontece que é escusado, deixam falando sozinho.
>
> *Feliciana, moradora da invasão:* Elas ficam tomando nota da vida dos outros, se tiver dez trabalhando tem muita. (...) O povo aqui não se dá o respeito, a gente tá dentro de casa e ouve o que quer e o que não quer... Eu acho triste, porque a gente é preto, pobre, mora em invasão, tem que dá moral. (...) Vizinho é bom, bom-dia, boa-tarde, a palavra de Deus não quer. Num presta não, distância é melhor.
>
> *Madalena, moradora da área mais antiga e consolidada:* É. Aqui era um lugar muito bonito, aqui era bom também. Nós todo sossegado. A gente saía.... Deixava as coisa, encontrava, eu tinha um bocado de roupa por aí, fazia... corda de secador. (...) Hoje em dia tá essa bagunça aí danada. E aí o povo aí começou a chegar nessa invasão, fazendo essa bagaceira, essa lixarada, esse mau cheiro que ninguém suporta, essa bagaceira... Aquilo ali era tão limpinho. (...) Agora eu quero dizer a você o seguinte, o pessoal das invasão daqui... Ah! eu não posso comprar um terreno. Agora invade o terreno dos outros. Mas com oito dias que tá dentro daquele barraco, você passa vendo televisão já nova que compraram dali. Já compraram televisão, compraram geladeira, já compraram móvel não sei de onde, já compraram não sei o que... Por que não faz pá comprar seu terreno? (...) Precisava que nosso governo antes, fizesse... tomasse uma atitude com essas invasão e acabava com essa bagaceira, porque

sabe quem tem muita coisa ali? Tem ali muita coisa mermo... ladrão safado que tem ali dentro. E o povo agora aprendeu a cooperar com gente safada, essa menina... A gente tem que trabalhar, né? É trabalhando que se consegue as coisa. É com muito esforço, gente. (...) Esse mundo tá errado.

Assim como em outros tantos estudos realizados com populações de classe trabalhadora, a construção de identidade articula-se aqui em torno dos eixos da família e do trabalho, como valores fundamentais que orientam a vida dos indivíduos (Woortman, 1987; Zaluar, 1985; Salém, 1980; Duarte, 1986). Reconhece-se a 'pessoa direita' como aquela que, em uma atitude oposta à do vagabundo e do ladrão, trabalha para sustentar a sua prole.

A violência e o temor perpassam o cotidianos das pessoas, que convivem com o desconforto de presenciar, com alguma regularidade, cenas de agressão, quer praticadas pela polícia ou por 'bandidos': ocorrem casos de estupro, ameaças de linchamento, brigas entre vizinhos ou casais que podem culminar em danos físicos mais ou menos graves. Sobre tais assuntos, só se pode falar em um tom de voz muito baixo, por medo de ser acusado de invasão de privacidade, ou mesmo de delação, o que traz conseqüências muito mais drásticas, podendo levar até à morte.

As batidas policiais, comuns na área da invasão, revelam os excessos da corporação, cujos representantes muitas vezes entram no bairro atirando pelas ruas a esmo, abusando assim da condição de autoridade mantenedora da ordem. Se, por um lado, as batidas policiais amedrontam todos – mesmo aqueles que em tese nada devem à polícia ou à justiça, pois os policiais procuram impor sua força indistintamente, intimidando qualquer um que esteja em seu caminho –, por outro lado, há aqueles que avaliam positivamente a atuação dos policiais, acreditando que a realização freqüente desse tipo de ação tornará a área mais 'limpa', graças à captura e morte de ladrões, traficantes e viciados em drogas.

Gessé: Aí pega, o vagabundo, tem uma criança ali, mata na cara das crianças. As crianças vê aquilo, fica revoltado. Eles tão matando nas vistas. Você tá assim, eles tão chegando, procurando saber documento. Se não tiver documento na hora, eles tão atirando, atira, mata, deixa o corpo. Aí as criança pega, fica tudo ali e vê. A polícia é a primeira violência aqui.

Julina: A única pessoa que faz violência quando chega aqui é as polícia, não sabe? Chega assim, não chega assim calmo, chega assim na violência. Mas as própria pessoa da rua, não. Às vezes quando acontece alguma coisa por lá que eles têm às vezes que dizer, tudo, tudo é Nordeste, né? Às vezes chega aqui atirando logo. Já vem de lá atirando. Às vezes quando pega uma pessoa, bate muito, espanca muito. É isso. Tinha dia aqui que nem uma criança, nem ninguém, nem criança, nem adulto, ninguém podia ficar na rua, que a violência era demais. Violência estava demais. Agora que parou um pouco.

Decinho: Eu acho que melhorou, porque não tem mais aquele tipo de ladrão que tinha, aquela quantidade de ladrão, certo? Você vê aqui, essa casa minha aqui dorme assim ó, tudo aberto ali, entendeu? Apesar de que ladrão nunca me perseguiram aqui em nada, certo? Mas perseguiram aos outros, então a gente se incomoda com isso, entendeu? Então hoje, por exemplo, melhorou, a policia fez, a limpa mesmo aí, aí melhorou.

A polícia, entretanto, não é a única a promover cenas de violência no bairro. Não raro, aparece algum cadáver em um pequeno rio, nos limites com o parque da cidade. Supostamente tais cadáveres, segundo os moradores, são vítimas de disputas entre quadrilhas ou bandidos rivais. Homens que já "mataram pais de família", que trocam tiros e fazem retaliações a seus inimigos, ferem ou matam aqueles que acreditam ser informantes da polícia. De todo modo, os moradores da região conhecem 'seus bandidos' e buscam uma convivência pacífica com eles.

Adalgisa: Tem uns que andam errado, têm seus vícios, mas me dou bem com o pessoal, eles têm os problemas deles lá, não se relacionando comigo e meus filhos, faço de conta que não tá existindo nada. Antes ser amigo do que dar de difícil com eles. Quem mora numa área dessa tem que ser amigo de todos, quer seja bom, quer seja ruim. Não vou dizer que a gente viva fazendo junto as coisas que eles querem, mas se dando de uma certa maneira, de que não fique dúvida, de que goste, de que não goste, sempre gostando de todo mundo.

Em decorrência dos riscos oferecidos – tanto pelas invasões da polícia, quanto pela atração do mundo do crime –, a rua, embora seja o local disponível para as crianças brincarem, é vista também como um espaço perigoso, mormente quando os filhos se distanciam de casa, afastando-se da vista das mães. Quando os meninos entram na adolescência, a preocupação se redobra, uma vez que o fascínio exercida pelas drogas e pelo 'crime' – uma promessa de ganho fácil, embora sujeito a riscos, em um contexto marcado pela pobreza e, em grande medida, pelo desemprego – é uma ameaça real.

Eunice: Olhe aí, agora já passa de mães que não têm controle com os filhos, os próprios filhos. Elas deixa à vontade. As mães não ligam pra eles. Não dão atenção. Elas acham que dá comida. Porque muito deles nem no colégio vão. A criança dorme o primeiro dia na rua. A mãe não faz uma procuração... dele. Dorme o segundo, o terceiro, ele já começa a fazer o que ele quer, fica dono do seu nariz. E aí o vício leva eles. (...) Aí já começa a perdição, eles vão pra rua e já vão ficando por lá.

Ceiça: Hoje você vê que a droga, tá, explodiu pra qualquer lugar, você vê que até um queimado que você der à criança hoje, tá com a droga, né? Então a gente não tem nem como prender, como dizer "eu não vou ter meu filho na rua". Hoje mesmo eu tô com o meu ali, tem 16 anos, mas eu tenho medo, ele não comete, ele nunca me disse, mas não é por isso

que eu vou ficar com minha cabeça despreparada, que ele tá um menino normal, não. (...) Eu mais tenho medo é desse tipo de roubo, de se envolver com roubo, essas coisas, eu tenho maior medo, então eu crio os meus [filhos] que não se vicia, que enquanto eu puder lutar, pra ajudar a eles, eu tô lutando.

Tonha: Filho homem? Isso daí eu já tô cansada de falar.(...) Quando ele sai pá rua e demora, já tô cheirando na boca pra saber se tava cheirando cola e perguntando "cê tava fazendo isso? você tava na rua, você fez isso não foi?" Eu não pergunto se ele tava, não pergunto se ele fez, "você tava fazendo isso." Pra ver se ele me confessa.

Paraíba: Homem é pior, né? Homem não chega nem a vinte anos porque morre hoje ou deserta logo. (...) É, as mulher ainda passa... demora mais. Mas homem, um homem, um homem desse aí, poucos que não são viciado, até cheirar cola... pra homem fica fácil, porque logo, logo, se acaba... Menino nascido e criado aqui dentro. Outra coisa, esse movimento todo que você vê aí, é a luta pela sobrevivência deles, vai pra feira, trabalha, rouba, faz tudo, né?

O temor de que crianças e adolescentes, permanecendo na rua, entrem em contato com o crime e as drogas, constitui uma inquietação sobremaneira presente para as mães, especialmente para as que trabalham fora e não podem exercer uma vigilância constante sobre os filhos.

A violência não se limita, porém, ao crime, ao roubo, ao tráfico. Está presente no cotidiano, nas relações entre homem e mulher, entre pais e filhos, entre vizinhos. Embora sejam em geral mais brandas, essas outras manifestações de violência não deixam de ser relevantes. Mulheres discutem e chegam a agredir-se fisicamente por causa de 'fofocas', de disputas entre crianças, ou porque foram traídas e abandonadas. Os homens, usualmente sob o estímulo da bebida alcoólica, costumam demonstrar sua valentia com os companheiros de bar ou, o que é mais comum, batem em suas esposas ou filhos quando voltam para casa, após terem passado boa parte de seus momentos de lazer bebendo nos bares da redondeza.

Eunice: O pessoal aqui bebe muito. Todos os dias. O pessoal bebe muito, consome muita bebida. Uns procura briga, apanham ou batem.

Benvinda: Lá é uma cachorrada, é uma fuxicada. Os palavrão na rua. É mais a Alzira, mulher de acarajé que provoca. Tem outra vizinha também encostado também, as filhas dela. Tem outra de frente também que é aquele futuqueiro, mas eu não me metia não. Eu não me metia não. Só ficava escutando.(...) Era uma vez ou outra que era comigo também [a briga]. Por causa de menino, era mais por causa de menino. (...) Ela [uma vizinha] deu uma pedrada, deu uma pedrada em meu neto. Uma pedrada mesmo, pra matar o menino. Pegou na coxa do menino, fez uma arrocho. Deu a pedrada porque disse que o menino tava batendo no menino dela.

Quer dizer que ela não, não teve paciência de chegar pra mim, nem dizer o que foi que o menino tava fazendo, não é? Ela deu uma pedrada no menino.

Sendo a violência tão constante, a manifestação de agressividade no comportamento é considerada como algo cotidiano, especialmente para os homens adultos ou rapazes, que têm que 'provar a virilidade' e se impor perante os outros como um 'macho' que merece respeito. Espera-se também que os pais, na educação dos filhos, façam uso de alguma violência, importante para corrigir os desvios de comportamento das crianças. Os pais que não usam a força, ou não ameaçam usá-la, para fazer valer sua autoridade perante os filhos, na visão dos moradores do Nordeste, são considerados negligentes: o resultado pode ser a criação de crianças de vontade débil, ou excessivamente voluntariosas, que demonstram pouco respeito com relação aos mais velhos.

Moema: Eu tenho um sobrinho que ele é pirracento. Ele pirraça a gente aqui. (...) Aqui dentro de casa, qualquer uma de nós que falar ele resmunga e fica respondendo na grosseria. Acho que foi por causa de mãe. É rebelde. Eu digo assim. Porque mãe fazia muita vontade a ele. Ele ficou aqui direto com mãe até hoje, desde quando ele nasceu. Mãe que faz as vontade a ele. Vira assim que ele quer fazer, ele faz. (...) A avó fazendo as vontade, fazendo vontade. Aí cresceu e está nesse ritmo.

Tonha: Acho que a porrada indireita, porque falar, você fala, fala, fala e eles continua fazendo a merma coisa, entendeu, eu não gosto de bater, eu sou a pessoa que menos bate aqui, num bato muito nos menino não, mas também quando eu pego eu desconto esse tempo que eu não bati. (...) Depois da porrada muda. Num muda por compreto não, mas mudar eles muda.

A família no contexto do Nordeste, apesar de comportar certa diversidade de arranjos, é compreendida como uma unidade hierárquica. O lugar de cada membro, pai, mãe e filhos, é fixado por características que fazem parte da realidade visível dos seus membros (sexo, idade etc.). As divisões no interior da família tendem a ser claras e pouco ambíguas para seus membros. Assim, os homens são considerados superiores às mulheres e crianças, cabendo aos adultos as decisões relativas aos assuntos familiares.

Embora não constitua realidade vivida por todos, a família nuclear permanece como referência dominante. De acordo com a norma ideal, esta família deve ser composta por um pai/marido, trabalhador, responsável pelo sustento da prole, respeitado e valorizado na medida que cumpre a contento seu papel de provedor e pode representar o lar perante a comunidade; por uma mãe/esposa, cujo papel é complementar ao do esposo, usualmente encarregada da gestão da casa e dos cuidados com os filhos; e pelas crianças que, enquanto são jovens e vivem às expensas dos pais, devem-lhes obediência e respeito, e mais tarde, quando estes atingem uma idade avançada, devem assumir se necessário sua manutenção, como

forma de retribuição. O papel da mulher é, portanto, desempenhado basicamente no interior da casa, ao contrário do do homem, que deve ganhar na rua o sustento da família. Desta maneira, enquanto caberia ao homem o domínio da rua, do trabalho, à mulher caberia a casa e a família. Conforme mostra Salém (1980:60), há uma distinção "entre as ordens pública e privada, correspondendo cada uma, respectivamente, ao domínio do homem e ao da mulher".

> *Letícia:* Casamento, minha filha, é a boa união. Que meu marido é um pão de cada dia, viu. Quando ele sai ele abre aqui a peça e ele olha. Ele abre a geladeira. Se tiver faltando uma carne, uma galinha. Nem que ele tivesse sem um vintém no bolso. Mas ele diz: "tome aqui, Letícia, vai comprar aqui". Graças ao meu bom Deus, eu sou bem casada.
>
> *Enedite:* Os deveres dele, ele cumpre tudo na risca. O dever dele é botar a comida dentro de casa, pra gente, dá um maior apoio à gente porque a gente que é a família dele. O resto eu resolvo. É tomar conta das meninas, tomar conta da casa. Quando as meninas sai e ele chega e pergunta: cadê fulano? Eu digo: foi pra tal lugar.
>
> *Dagmar:* Eu não admito assim, que ninguém me pirraça. A coisa mais revoltada que eu acho na minha vida é uma mãe falá pra uma filha e a filha responde à mãe. Aí me dá um nervoso e eu bato. Não gosto que responda.

A família, dentro deste modelo, pode ser analisada à luz da oposição entre casa e rua, conforme observa DaMatta (1991): a casa é domínio interior, da intimidade, da família, do descanso e da ordem, ao passo que a rua é o exterior, lugar da ação, do imprevisto e do trabalho. A casa é lugar por excelência da mulher, e o homem deve buscar na rua, no mundo da realidade mais dura, o sustento da casa.

A despeito de este ser o modelo de família normativamente esperado, conforme já observado, na prática ele não se concretiza totalmente. Um dos primeiros elementos que parece perturbar o modelo ideal é o fato de que as mulheres, cada vez mais, deixam a casa para, tal qual o homem, trabalhar na rua (mesmo que a rua seja a casa de outra família). No bairro, a maior parte das mulheres, ao menos por algum tempo, engaja-se no mercado de trabalho, formal ou informal, ainda que abandonem o emprego após o nascimento do primeiro filho, como também mostram Salém (1980) e Sader (1988). Isto acontece, especialmente, no contexto de crise econômica prolongada que vivemos no Brasil, embora a tendência da mulher a se empregar seja um fenômeno de escala mundial (Segalen, 1981).Contudo, mesmo que as mulheres estejam inseridas no mercado de trabalho, não podemos dizer que elas se tenham liberado das tarefas de dona de casa e mãe. Mesmo quando tem um emprego, ainda cabe à mulher responder pelo cuidados com a casa e os filhos, mantendo uma dupla jornada de trabalho. O seu emprego, portanto, não altera tão radicalmente o papel de dona de casa, pois ela permanece ligada ao domínio doméstico. O que as mulheres podem fazer, e freqüentemente fazem, é recorrer às suas redes de apoio para conseguir dar conta das diversas

demandas, contando normalmente com a ajuda de uma avó, mãe, ou filha mais velha. Procuram, também, conciliar as tarefas geradoras de renda com o papel de dona de casa, desenvolvendo atividades no interior do domicílio, como lavar roupas, manter uma pequena venda, fazer costuras; ou realizando tarefas que ocupem apenas alguns dias da semana, como as faxinas, desobrigando-as de estar demasiado tempo ausentes do lar e distantes dos filhos menores.

> *Benvinda:* Eu chegava tarde, porque sempre, quando eu comecei a vender acarajé, eu sempre vendi de noite, porque os meus filhos tava tudo pequeno, não tinha um pra tomar conta do outro, sabe como é? Às vezes tava de parto, não podia ir, sabe como é? Eu não ia deixar pela casa dos outros (...) Aí ela [uma filha] tava pequenininha deixei com a tia, porque a tia tava amamentando, então todas duas podia mamar o leite da outra, aí eu chegava e deixava lá, mas às vezes eu deixava mais era em casa, tudo tomando conta do outro, deixava a mamadeira pronta, sabe como é que é?

> *Letícia:* Minha filha mora aqui com a filha dela, ela faz faxina, foi, eu fiquei com a filha dela. Depois de amanhã ela vai de novo, eu fico.

> *Benta:* Era uma vida muito agitada. O pai me deixou com filho, né? Eu sozinha pra criar. Botar no colégio (...) todo mundo depois, peguei, botei pá casa de minha mãe. E ela olhou, tomou conta, eu sempre trabalhano no restaurante... Trabalhano nas casa das família, né?... Trabalhava de dia, restaurante de noite, lavano prato, essas coisa.

> *Damiana:* É ela [a avó] que cria porque, quando eu tive Cleide e Daniela, eu trabalhava. Então era um trabalho que eu não podia ficar com ela, eu trabalhava de zeladora no Júlio César, como eu lhe falei. Aí então, eu não ia pagar uma pessoa pra tomar conta deles.

O trabalho feminino consiste, em grande medida, em uma extensão do papel de dona de casa; a maioria das mulheres do bairro emprega-se como doméstica, cozinheira, lavadeira, faxineira, babá, todas atividades ligadas ao cuidado com a casa e as crianças. E embora o salário nessas ocupações seja reduzido, as mulheres acabam reconhecendo algumas vantagens extra-salariais, ligadas à dinâmica clientelística que em alguns casos ainda opera nas relações entre patrões empregadas domésticas: elas recebem roupas, eletrodomésticos usados, indicação de emprego para outros membros da família, ajuda para construção da casa, e podem também obter ajuda ou conselhos sobre a melhor forma de lidar com certas instituições burocráticas.

> *Clarice:* Trabalhei no Santo Antônio Barra... trabalhei com uma moça dois anos ou mais. D. Zefa, era um pessoal, não era daqui não. Ela me ajudou bastante, mas me ajudou demais, ela que me ajudou comprar aqui.

Joana: O barraco caiu. O barraco caiu, foi no chão, nós ficamos desabrigado. Quando teve uma chuva que... que arrasou tudo... Aí nós fomos pedir abrigo na secretaria do estado e tudo. Não encontramos. Meu patrão pediu, lá o chefe lá, o... foi num jantar tarde à noite. Pediu. Disse: "é uma, uma... senhora que trabalha comigo e ela não tem meios, e o barraco dela caiu. Tô vendo a hora de botar ela com os filhos lá na garagem do carro, sei quantas pessoas".

No Nordeste, a crescente autonomia da mulher parece indiscutível: é visível no cotidiano das famílias e tematizada em conversas e relatos:

Léo: Aquilo, minha filha, é... é porque o homem sempre tem uma autonomia, de que ele é homem. (...) Nunca pode se viver com mulher nenhuma que ela não aceita. E hoje principalmente. Que hoje ela trabalha, ela ganha o mesmo dinheiro que ele ganha, ela tem a mesma idéia. Naquele tempo, da minha mãe, que meu pai que tinha que dar comida a ela, que ela não sabia fazer nada, somente olhar filho e olhar casa, ela se assujeitava a tudo isso, mas hoje não. Hoje ela deixa o menino dentro de casa e vai, e veste uma calça e vai pra rua trabalhar. Ganhar um salário o mesmo que eu ganho, ou mais. Então ela não vai se assujeitar a isso.

Benvinda: É, eu acho que as mulher tão mais independente, não é? É mais difícil uma mulher dizer que vive sob mando hoje, não é não? Eu mesmo posso dizer que nem dependo, que uma vez ou outra que eu peço qualquer coisa, tá entendendo? Pela vontade dele mesmo, uma vez ou outra que manda uma bobagem pra mim. Diz que não pode, que não tem, sempre com choradeiras. Eu também me escuso até de ficar pedindo, né, que eu sei que é obrigação dele ter e dar, não é eu ficar pedindo, me humilhando, né? Daí eu me viro em trabalhar, pra eu ter em minha mão.

A crescente independência econômica da mulher parece colocar em cheque o papel do homem na família, fato que tem sido bastante debatido por estudiosos do tema (Woortman, 1987; Duarte, 1986; Zaluar, 1985; Salém, 1980). Os dados do Nordeste confirmam a tese de que não se pode deduzir, a respeito da inserção da mulher no mercado de trabalho, que o papel masculino tenha sido transformado em elemento dispensável. Malgrado, como reconhece Zaluar, haja uma tendência geral de "diminuição da importância da figura masculina em favor da expansão do feminino" (1985:97), não se despojou o homem de classe trabalhadora de sua autoridade na família, o que se pode observar no fato de que, nas famílias em que o pai não está presente para exercer seu papel, o filho mais velho ou o irmão da mãe são em geral chamados a representar a figura masculina. É o homem que representa a unidade doméstica ante os outros, impondo uma certa autoridade sobre o meio. No bairro, muitas mulheres em cujas casas não há homens sentem-se mais vulneráveis e menos respeitadas, o que não quer dizer que não façam frente a esta situação.

Tonha: Ah, pra mim um pai é muito importante. Porque a mãe sempre passa a mão pela cabeça e o pai não. Quando o pai de meus filho, quando meu marido era vivo, meus filho não era assim como é hoje não. Eles num era, eles num era rebelde não. Eles são rebeldes. Mas eu garanto a você, se o pai tivesse aqui eles num... Se ele dissesse assim, se eu lhe disser uma coisa você não acredita, cinco e meia eles já tavam se arrumando pra dormir. Eles tinha medo dele.

Maria da Luz: Eu acho que um pai é uma coisa importante, né, porque ajuda também na criação, os menino respeita mais, que sempre as criança respeita mais os pai, inclusive os meu mermo, eu não, quando eu tinha meus filho, eu não batia nem nada, bastava dizer "quando seu pai chegar cê vai ter, vai castigar você", eles tinham medo do pai e o pai não batia, ele não era homem de bater nos filho.

Dagmar: Eu acho que é. Sei lá. Eu acho também se a gente for abaixar a cabeça pra todo mundo. Nego sabe, esse bairro aqui é um bairro de gente ruim. Tem muita gente boa, mas tem muita gente ruim. Tem uma mulher que mora ali com os filhos, sem homem, entendeu? Então nego gosta de se aproveitar: é mulé. Todo mundo qué mandá, mas não é assim não. Não é assim não. Meu menino, esse que saiu daqui, era um menino danadinho, mas ele é menino. Agora esses menino maior bate no meu filho. Eu não quero que ninguém bata. Porque eu acho assim: o que os meus filho fizé, pode vir a mim que eu sei agi. Eu bato, tando errado. Eu, eu que quero batê. Eu que quero xingá, mas os outro da rua não.

A ruptura de alianças conjugais e formação de outras novas marca a dinâmica de muitas famílias do bairro. Woortman (1987) defende a idéia de que a perda de emprego do homem é a causa mais direta de dissolução do laço conjugal nas classes trabalhadoras. Entretanto, ainda que possa haver uma boa dose de pragmatismo na decisão das mulheres de se separarem dos parceiros, certamente não é este o único fator decisivo. Encontramos no bairro casos de mulheres que, mesmo independentes financeiramente e insatisfeitas com os parceiros, relutavam em separar-se; e esta hesitação não era creditada a razões de natureza meramente pragmática:

Léo, comentando sobre um amigo: Depois que essa, que tem catorze filho com ele, deixou ele, aí ele deixou de trabalhar, né? Desempregado. Pra não dar comida aos filho, e foi se elevando a vida dele assim, né? Comendo, bebendo, a mulher trabalhava, ia dando a ele, achava casa, comida, dormida. E ele foi gostando daqui e dali, né? (...) Elas trabalha de doméstica. (...) E as mulher que ele arranjou foi umas mulherzinha, coitada, muito boa. Umas mulher que suporta tudo dele, entendeu? Então, ele continua na mesma. Ela dá um tudo a ele, mas quando ele quer, ele briga com elas. Passa dois, três dias sem ir lá, entendeu? Na casa dela, entendeu? Sabendo que ele é precisado delas, e não ela dele, que ela pode arranjar um outro e fazer o mesmo, dar na mão, entendeu?

Benvinda: A gente se unia muito, mesmo ele bebendo assim, mas ele era muito obediente a mim. Eu ganhava o dinheiro, trabalhava, fazia o dinheiro, ele ia fazer compras. Ele voltava, me ajudava a fazer a venda. Ele tava parado, abandonou o trabalho por causa da bebida. Era pedreiro. Depois que ele abandonou, aí ele ficava dentro de casa me ajudando. Tinha dia que tava muito bêbado, aí não fazia nada, ficava deitado, sem querer comer. Mas quando ele melhorava, aí ele metia os peito comigo e procurava ajudar, ia pra... Joaquim fazer compra, levava feijão, passava, ia pro ponto mais eu.

Por outro lado, as mulheres usualmente vivem a situação de perda do marido e de infidelidade conjugal como uma experiência intensamente dolorosa. Como nota Salém (1980), a expectativa de serem abandonadas e a experiência da separação para as mulheres, ainda que seja relativamente comum, é sempre motivo de grande sofrimento. No Nordeste, apesar de muitas mulheres demonstrarem insatisfação com o casamento, nem sempre a separação chega a se configurar, de fato, como uma alternativa viável. A justificativa oferecida para a manutenção dessas relações insatisfatórias repousa na situação dos filhos, na dificuldade ou necessidade de sobrevivência econômica, mesmo quando os maridos contribuíam irregularmente para o sustento da família. É importante considerar, porém, que os maus-tratos físicos excessivos, dirigidos contra ela ou contra seus filhos, configuram-se em uma das razões relevantes para que a mulher venha a romper com uma relação conflituosa:

Benvinda, sobre uma vizinha: Ela veio pr'aqui escarreirada dele [quando se separou]. Porque ele batia, judiava, queria matar.

Léo, sobre um amigo: Os filho nenhum ligava pra ele não, que ele era meio grosseiro. Os pai quando é grosseiro com os filho, aquele que quer tudo certinho, aquele. Sempre tem os pais grosseiro, entendeu? Ela fazia a feira, mas aquilo tinha que ser limitado pelo gosto dele e não pela dona da casa, entendeu? (...) Esse probrema todo, que ele era muito exigente. Só separou por causo disso, que a mulher não guentou mais. Já tava doente, coitada. Queria o, usar a criatura à pulso, sem condições. Pessoa grosseira que às vezes a gente nem imagina, né? Nem imagina muitas coisa que acontece, né?

Eunice: Que... não relaciona não, com ele [o filho] não, entendeu? Eles são, ele é assim, eles chegam, vão perguntar uma coisa, conversar, tal, ele sempre não deixa eles falarem. Então eu me dano com ele, me dano mesmo, mas não tem jeito. Tem pessoas com a cabeça ruim, é ruim mesmo, né? (...) Ah, ele vai vira, quebra o pau pro meu lado, aí quebra o pau, teve um dia que eu tava falando: "já era, tô saturada, sabe? Tudo cansa, sabe?" E aí eu digo a você, vou pegar meus filhos e me mandar. Porque por tudo cansa, né? Se vê que uma coisa tá prejudicando os filhos, a gente tem mais é que sair, eu acho que prejudica eles, e como prejudica. (...) Briga constante, é uma briga, é uma briga desgraçada dentro de casa, quando tão dentro de casa o pau quebra.

> *Benvinda:* E lá eu morava com o pai dessa menina aí, mas ele era muito ruim, muito espancador de mulé e eu trabalhava pra me manter. E ele trabalhava de negócio de pescaria, mas era muito perverso, tá entendendo? Era muito perverso e só vivia me entucalhando e eu tinha que vender na feira e não queria que eu conversasse com os homens na feira. Se eu comprava na mão desses homem, vendia a homem, comprava na mão dos homem, não era pra conversar com homem, não? Aí ele ficava me dizendo que ia me cortar toda de facão, que não sei o quê. Aí eu me invoquei, larguei tudo lá e vim embora. Larguei ele lá. Trouxe os filho tudo. Trouxe, meus filho eu trouxe! Agora deixei uma casa lá, ele pegou e vendeu. Foi. Aqui quando eu cheguei, eu lavava roupa, eu me empregava nas casas assim, mas não podia ficar nas casa, porque não tinha quem tomasse conta dos meus filhos.

Nos casos de separação, em geral a casa e os filhos ficam com a mulher. Os filhos são, antes de tudo, filhos dela. Depois de separados, o pai tem relativamente pouco contato com eles, no máximo contribui com uma ajuda financeira bastante eventual. Isto se dá, particularmente, nos casos de famílias em que as mulheres tiveram várias uniões com homens diferentes e filhos de diversos pais. É interessante notar, a este respeito, que muitas mulheres se vangloriam de não se terem 'rebaixado' para pedir auxílio aos seus ex-companheiros para sustento dos filhos em comum.

> *Benta:* O pai deles não registraram eles, quem registrou fui eu, nem isso ele fez. Não registrou. (...) Convive com outra família. Não registrou, não ajudou a criar, não fez nada, né, não ajudou criar, não registrou, quem registrou fui eu, tudo regis... todos quatro quem registrou fui eu, pá estudar, tinha que botar na escola. Eu registrei e num ajudou nada, se tivesse ajuda da parte dele...
>
> *Entrevistador:* Tina, e o seu, o pai dos seus filhos, por exemplo, ele lhe ajuda ou não com as crianças?
>
> *Tina:* Quando tem e quando quer dar. Não posso nem dizer que ele ajuda, quem mais ajuda sou eu que tou trabalhando, né? Quando eu não tou, aí mãinha, né, todo mundo ajuda um pouquinho.

A crescente independência financeira da mulher e a existência de uma relativa instabilidade conjugal nas famílias de classe trabalhadora remete-nos a outro tipo de arranjo doméstico bastante comum no Nordeste: famílias compostas pela mãe com seus filhos, freqüentemente nascidos de várias uniões diferentes. Trata-se das "díades maternas" na expressão de Woortman (1987). Em geral, as mulheres sozinhas com filhos precisam muito mais do apoio de pessoas da família, contam com o auxílio da mãe ou de filhas mais velhas para o cuidado com as crianças pequenas e com a casa. Quando, após a separação, elas ficam sem moradia ou não conseguem manter-se sozinhas, uma alternativa é voltar a viver com

as famílias de origem. No caso de uma nova união, se a mulher não tem sua casa própria, é possível deixar os filhos com a mãe, para viver na casa do novo companheiro. Ao contrário, se ela fica com a casa quando se separa, mesmo que constitua uma nova união, tende a manter os filhos consigo. Neste caso, o novo marido poderá encontrar dificuldades para exercer sua autoridade perante os filhos que são exclusivamente da mulher, o que gera algumas tensões na família, conduzindo, por vezes, a um rompimento. Assim, mais um vez voltará a prevalecer um arranjo em que a mãe é o chefe da família.

> *Tonha:* Com Gilvan eles não respeita, porque quando eles veio pro poder dele, eles tavam tudo já grande. Já tudo conhecia o pai, conhecia tudo, então ele acha, eles acha que ele não deve obedecer, eles não respeita ele.

> *Benvinda:* Eles [os filhos dela] não obedeciam [ao seu terceiro marido] porque ele só andava bebendo, quando pegava algum, era pra dar aquelas porradonas, e eu não agüentava ver, entendeu? Uma vez mesmo ele bateu em um que desmaiou, aí pronto. Eu achei que não devia. E hoje ele não bebe mais, mas tá vivendo sozinho na barraca.

A família extensa é um outro tipo de organização doméstica relativamente comum no Nordeste. Este tipo de arranjo é formado por pais ou um dos pais (normalmente a mãe), vivendo com os filhos e netos. Famílias em formação, que ainda não conseguiram construir sua própria casa, e em que crianças pequenas dificultam o trabalho da mulher, podem optar por permanecer um certo período com a família, em geral da mulher, até que se possam capitalizar para a realização do projeto da casa própria. É de se esperar também que mulheres separadas, que precisem trabalhar para garantir o sustento da família, contem com mais apoio se permanecem na casa dos pais.

Assim, observamos que, no Nordeste, as famílias absolutamente não estão isoladas de sua rede de parentesco, rede esta que se constitui em um ponto de apoio essencial. Como diz Durham (1978:189-190),

> *o grupo de relações primárias, especialmente a unidade doméstica, e o grupo de parentes mais próximos constitui ainda, mesmo no universo urbano, a unidade fundamental de vida social, pois é a única na qual a participação continua e envolver, necessariamente, a totalidade da pessoa.*

De fato, é no bairro, e em especial no grupo de parentesco e na rede de relações mais próximas, que se conhece o indivíduo por suas peculiaridades, suas qualidades, seus defeitos, sua história. As redes de parentesco e vizinhança podem ser instrumentalizadas no âmbito da rua e penetrar no domínio da burocracia e das relações impessoais, para a obtenção de emprego, favores, conexões com instituições médicas, por exemplo. Mas é no âmbito da casa, da teia de relações construídas em torno da família e com base ela, que o indivíduo se percebe como pessoa.

Notas

[1] Convém citar, como representantes de uma orientação fenomenológica em antropologia, os trabalhos de autores como Michael Jackson, Paul Stoller, Thomas Csordas, Byron Good, Arthur Kleinman, Lawrence Kirmayer e Elen Corin, entre outros. Com exceção dos dois primeiros, os demais situam-se no campo da antropologia da saúde.

[2] A metodologia que orientou a discussão do capítulo 1 foi elaborada por Ellen Corin, Gilles Bibeau e Elizabete Uchoa, servindo como base para um projeto internacional, do qual os autores da presente coletânea participaram. Para maiores detalhes, ver nota 1 do referido capítulo.

[3] Processo 501465/91-0.

[4] Processo 521036/93-3.

[5] Processo 521717/95-7.

[6] Processo 520927/94-0.

[7] Processo 522100/96-1.

Referências Bibliográficas

CSORDAS, T. Words from the Holy People: a case study in cultural phenomenology. In: CSORDAS (Ed.) *Embodiment and Experience: the existential ground of culture and self*. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.

DAMATTA, R. *A Casa e a Rua*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991.

DOUGLAS, J. & JOHNSON, J. Introduction. In: DOUGLAS, J. & JOHNSON, J. (Eds.) *Existencial Sociology*. Cambridge: Cambridge University Press, 1977.

DUARTE, L.F. *Da Vida Nervosa nas Classes Trabalhadoras Urbanas*. Rio de Janeiro: Zahar, 1986.

DURHAM, E. *A Caminho da Cidade*. São Paulo: Perspectiva, 1978.

HEIDEGGER, M. *Ser e Tempo*. Parte I. 6.ed. Petrópolis: Vozes, 1997.

HUSSERL, E. *The Crisis of European Sciences and Transcendental Phenomenology*. Evanston, Il: Northwestern University Press, 1970.

JACKSON, M. Introduction. Phenomenology, radical empiricism, and anthropological critique. In: JACKSON, M. (Ed.) *Things as They Are: new directions in phenomenological anthropology*. Bloomington: Indiana University Press, 1996.

MEAD, G.H. *Espíritu, Persona y Sociedad*. Buenos Aires: Editorial Paidós, 1972.

MERLEAU-PONTY, M. *Fenomenologia da Percepção*. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

NATANSON, M. Introduction. In: SCHUTZ. *Collected Papers I: the problem of social reality*. La Haya: Martinus Nijhoff, 1973.

SADER, E. *Quando Novos Personagens Entram em Cena: experiências e lutas dos trabalhadores da Grande São Paulo (1970-1980).* Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.
SALEM, T. Mulheres faveladas: 'com a venda nos olhos'. *Perspectivas Antropológicas da Mulher*, (1): 57-92, 1980.
SARTRE, J.P. *O Ser e o Nada: ensaio de ontologia fenomenológica.* Petrópolis: Vozes, 1997.
SCHUTZ, A. *La Construcción Significativa del Mundo Social.* Barcelona: Paidós, 1993.
SCHUTZ, A. & LUCKMANN, T. *Las Estructuras del Mundo de la Vida.* Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1973.
SEGALEN, M. *La Sociologie de la Famille.* Paris: Armand Colin, 1981.
WOORTMANN, K. *A Família das Mulheres.* Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro/CNPq, 1987.
ZALUAR, A. *A Máquina e a Revolta: as organizações populares e o significado da pobreza.* São Paulo: Brasiliense, 1985.

Parte I

1

Signos, Significados e Práticas Relativos à Doença Mental

Míriam Cristina M. Rabelo, Paulo César B. Alves & Iara Maria A. Souza

Introdução

Este capítulo busca contribuir para uma compreensão mais abrangente de como indivíduos pertencentes às camadas populares identificam, explicam e lidam com o problema mental. Subjaz ao estudo a premissa de que os significados associados à experiência da doença mental são construções culturais herdadas e utilizadas em situações de aflição (Corin et al., 1992, 1993). Desta premissa, depreendem-se importantes implicações pragmáticas. Em primeiro lugar, como argumenta Littlewood, as expectativas que uma sociedade ou grupo nutrem sobre o comportamento de doentes mentais refletem-se sobre a maneira pela qual a doença é expressa. Em outras palavras, os indivíduos tendem a expressar situações de mal-estar por meio de formas aceitáveis e significativas para a própria cultura (Littlewood & Lipsedge, 1989). Em segundo lugar, a decisão de procurar certas formas de tratamento e as maneiras como os sujeitos vão se comportar em relação ao tratamento e avaliarão os seus resultados dependem, em grande medida, dos significados culturais e expectativas associados à experiência da doença (Kleinman, 1978, 1980).

Em termos mais específicos, o trabalho desenvolve uma análise dos signos e significados relativos ao campo saúde/doença mental entre moradores do Nordeste de Amaralina. A investigação[1] centrou-se na coleta e análise de narrativas sobre casos concretos de doença. A metodologia adotada abrangeu três fases principais. Na primeira, realizaram-se dez entrevistas exploratórias com moradores do bairro, visando a colher nomes (termos) e descrições – as mais detalhadas possíveis – de comportamentos relativos ao campo da saúde/doença mental. Este material (um total de dez entrevistas) foi analisado com base em uma lista inicial de comportamentos problemáticos[2] relevantes, em linhas gerais, para o campo do

que chamamos saúde mental. Tomando-se por base esses registros, alguns trechos das entrevistas foram selecionados, classificados e utilizados para se produzir uma redescrição, segundo o discurso e a terminologia locais. Uma vez redescritos, os registros vieram a constituir um instrumento para a identificação de casos concretos de doença mental no bairro: sessenta informantes foram, então, convidados a identificar pessoas conhecidas, cujo comportamento se enquadrasse nos registros (lidos pelos pesquisadores na sua forma modificada). Desde aí, selecionaram-se trinta informantes para a produção de narrativas que reconstruíssem, em detalhes, algumas das histórias da doença de pessoas referidas na enquete anterior (um total de 36 casos). Essas narrativas constituíram o material-base para a análise final. Tal como previsto no desenho metodológico original, a análise das narrativas envolveu a identificação e agrupamento de fragmentos de discurso referentes aos campos dos signos, causas, reações e tratamentos (cada um dos quais classificado segundo subcategorias de conteúdo), procedimento desenvolvido para auxiliar na reconstrução da semiologia local da doença.

Destaca-se, como peculiaridade da pesquisa realizada no Nordeste de Amaralina, a presença marcante de familiares e vizinhos próximos dos doentes entre os informantes que produziram as narrativas, o que resultou em uma riqueza considerável de informações a respeito da história da doença.

O artigo parte de uma breve apresentação das visões sobre a doença mental que informantes do Nordeste apresentaram, em conversas genéricas, durante a fase exploratória da pesquisa, servindo-nos para introduzir uma discussão mais específica acerca dos domínios dos signos, causas e tratamentos referidos nas narrativas de casos conhecidos de doença. Uma vez que a mesma metodologia foi aplicada em pesquisa entre moradores de um bairro de classe média de Salvador (Pituba), recorreremos à comparação sempre que contribuir para ilustrar ou melhor esclarecer a especificidade das concepções e práticas relativas à doença mental no Nordeste.

Visões da Doença Mental: uma primeira aproximação

Nas conversas com habitantes do Nordeste de Amaralina, a doença mental era freqüentemente referida como 'problema de cabeça' ou estado de enfraquecimento ou perda do 'juízo'. Trata-se, na verdade, de dois ângulos de abordagem do problema. O primeiro conduzia a uma discussão da doença como algo que apresenta uma localização palpável no corpo: diz-se mesmo que sua presença exata na cabeça pode ser detectada por exames apropriados. No segundo tipo de discurso, colocava-se ênfase sobre a capacidade pessoal de julgamento ou discernimento nas interações sociais, campo de atuação do juízo, cujo comprometimento reflete-se claramente no desempenho social do indivíduo.

No discurso genérico sobre a doença, duas categorias – 'loucura' e 'nervoso'[3] – funcionavam como eixo inicial, desde o qual se referiam e classificavam vários comportamentos desviantes (descritos quer como problema de cabeça, quer como juízo fraco). Como oposto à 'loucura'– perda radical e definitiva do juízo –, o 'nervoso' era quase sempre descrito como estado menos grave e comprometedor, uma perda temporária ou tendência a perder o controle sobre as próprias atitudes ou reações. No primeiro caso, falava-se de pessoas que 'estão' ou 'ficam nervosas'; no segundo, que 'são nervosas'.[4] Mais do que unidades estanques e opostas, as categorias de 'loucura' e 'nervoso' apontavam para um *continuum* que transita desde o outro irrecuperável até o sujeito ocasionalmente enfraquecido.

Quando inquiridos a respeito dos comportamentos expressivos de loucura, vários moradores do Nordeste de Amaralina estabeleciam uma associação entre mendigos e loucos. A imagem do louco remetia, geralmente, ao maluco de rua, que perambula pela cidade totalmente alheio a redes de intercâmbio e apoio. O termo mendigo apontava para alguém que veio de dentro, mas tornou-se um total estranho – é, de fato, categoria de alteridade importante, mediante a qual indivíduos de classe trabalhadora afirmam sua identidade de 'pobres mas limpos', trabalhadores, voltados para a família. Considerava-se que tanto os mendigos quanto os malucos pertencessem ao domínio anônimo das ruas, em oposição à arena de relações pessoais e de reciprocidade que caracteriza a casa. Pode-se dizer que ambos se desvincularam dos principais laços sociais por intermédio dos quais os indivíduos obtêm acesso à condição de pessoa; a expressão 'jogar-se no desprezo', largamente utilizada, parece transmitir esta idéia. Media-se a irracionalidade da loucura, assim, por uma ruptura da moralidade das relações sociais, uma moralidade que implica reciprocidade no lidar com outros cuja localização no mapa social é bem conhecida. Como tornar-se-á mais claro no decorrer do texto, essa analogia entre mendigo e louco revelou-se imagem-chave na interpretação das histórias de casos concretos.[5]

Os Signos e Significados da Doença

As visões sobre a loucura surgidas no discurso genérico assumem novas dimensões nos relatos de casos concretos de doença. Para abordar tais visões, partimos de uma análise da configuração dos signos indicadores de problema no Nordeste. Estes foram classificados, de acordo com seu conteúdo, em 11 tipos básicos: signos relacionais, de violência, isolamento, agitação, alterações no discurso, problemas no campo da percepção (delírio e alucinação), ataques e crises, desempenho de papéis sociais, aparência, emoção, comportamento bizarro. Classificaram-se como signos relacionais apenas os comportamentos diretamente li-

gados a uma dinâmica interativa e ao desrespeito às suas regras. Já o comportamento bizarro serviu como rótulo para agrupar condutas e modos de ser considerados estranhos ou alheios a um padrão normal de modo marcante. O trabalho partiu de uma observação das configurações específicas de signos para uma discussão das diferenças nos seus conteúdos.

Na configuração dos signos relativos ao campo da saúde/doença mental, o acento recai sobre o domínio dos signos relacionais e de violência, presentes em quase todas as narrativas. A eles, se ligam os signos de agitação e comportamento bizarro. Os signos de relacionamento e violência que aparecem nos relatos do Nordeste referem-se a atitudes agressivas e desrespeitosas no convívio social; descrevem indivíduos de modos rudes, que insultam e amaldiçoam os outros e recusam-se a submeter-se à autoridade dos pais, atitudes não justificadas pelas características da situação. O que se assinala mais fortemente não é tanto a presença de violência ou da agressão *per se* – uma vez que, até um determinado grau, ambas devem estar presentes na atuação de várias identidades locais –, mas o fato de serem dirigidas a pessoas que, por definição, devem ser objeto de atitudes de respeito ou mesmo submissão; de maneira significativa, em descrições de problemas em relacionamentos, faz-se referência explícita à vítima, usualmente um membro da família, mas que também pode ser um amigo ou vizinho.

> *Liane, sobre a irmã Belinha*: Quando a gente se aproximava assim dela, às vezes, "ah, sua cambada de miseráveis, suas desgraçada. Vocês são lá parente, vocês são parente da miséria, da desgraça. Eu não quero conta com vocês. Sai, cambada de miséria. Vá, eu não quero não, que venha atrás de mim, eu não quero conversa com vocês não". Quer dizer, já numa pessoa assim diferente, ela já atendia, mas havia ocasião que ela tava assim, mas a gente parente...

> *Raul, sobre o amigo Joaquim*: A primeira vez que notaram o nervoso dele foi... já tem na faixa de uns três anos. Eu me lembro uma vez foi que ele tava batendo na mãe, batendo na mãe. Batendo não, discutindo. Mas umas agressões... Eu penso assim, se o cara tiver em qualquer estado que tiver, certo? Mas eu penso assim: mãe é mãe, né? Se a gente somos filho, xinga mãe, eu penso assim, que é o mesmo que tá batendo, né? Então ele xingando a mãe, esses negócio, não sei o que, a gente fala "ah, Joaquim, para com isso, não sei o quê. Rapaz, é sua mãe (...)." Ele: "não, que nada (...)". Com esses pobremas. É maluquice mesmo, ali eu acho que não tem jeito mesmo. É, eu acho que ele também tem sistema nervoso, sei lá. Eu acho que é esse pobrema aí.

> *Um pastor pentecostal, sr. Silvio, sobre a esposa*: Quando ela tava zangada, no nervoso, dizia que eu não prestava, que eu era ruim. Me chamava de pastorzinho. Na hora, né, do nervoso. Quando acabava, ela vinha, me pedia perdão: "me perdoe". "Eu sei, isso é da doença, deixa pra lá".

Alice, sobre a mãe, D. Januária: Porque ela começava assim a discutir com as pessoas sem as pessoa ter nada a ver, e tudo dela se irritava logo. Aí sim, quando ela se irritava, começava a falar besteira. Aí os povo notou que ela tinha a cabeça fraca.

Clarice, sobre a filha Zelinha: Ela ficou tão nervosa que (...) inté me xingava. Nervosa, assim, quando eu queria bater nela, ela me xingava e queria me enfrentar, coisa que meus filhos nunca fizeram.

Clarice, sobre o filho de Damiana: Ela dá coca-cola, que o médico mesmo disse que é pra ela evitar de dar porque é tóxico aquilo, né? Ela, ele força ela a dar porque se não der, pronto, ele, o que ele pegar vai rumando, né? Então uma criança dessas não é normal, porque a gente conhece uma criança normal, né? A pessoa tem um filho e fazer isso eu já sei que é problema.

Letícia, sobre a vizinha: Quando ela ataca, ela começa a xingar o povo dela mermo.

Como se evidencia nos trechos anteriores, a violência e/ou a agressão tornam-se particularmente problemáticas quando dirigidas a familiares, em especial à mãe. Descrevem-se, nas entrevistas, atitudes de desobediência e de rebeldia para com as mães como graves manifestações de um distúrbio. O significado desses comportamentos, como signos de juízo fraco, está fortemente relacionado à importância da família, tomada como valor moral por excelência. Deste modo, é interessante observar que a manutenção de atitudes positivas em relação aos pais aparece em algumas narrativas como um signo de que o problema não é tão sério, ou de que a saúde mental da pessoa está melhorando.

Clarice, sobre a filha Zelinha: Ela foi por ela merma [para a sessão de umbanda]. Daquele dia em diante, ela ficou mais calma, eu reclamava com ela e ela não respondia nem nada.

Entrevistador: E ela melhorou do problema na mão [dificuldade de segurar os objetos]?

Clarice: Não, ela não melhorou. Mas o nervoso que ela tinha, a raiva, isso acalmou. Ela não respondia mais, mas ainda abria e fechava as mão.

D. Marina, sobre a vizinha Belinha: Quando tá assim, normal, ela é uma pessoa ótima. Ela é calma, ela é boa, ela obedece a mãe. Se a mãe dela diz "Belinha, não faça isso", ela não faz, entendeu? Ela é ótima.

Alguns dos comportamentos agressivos descritos pelos informantes são assinalados por seu caráter exagerado: são vistos como reações exacerbadas, que emanam de uma avaliação deficiente das atitudes e intenções dos outros. Mudanças súbitas e inexplicáveis nas atitudes – um dia, dócil e amigável, no outro, rude e

até mesmo violento – compõem uma representação do doente mental como alguém que não oferece um terreno favorável para a interação. Algumas pessoas são retratadas como 'invocadas', por poderem desgostar-se súbita e inexplicavelmente com alguém e que porque, costumeiramente, fazem um turbilhão dos problemas mais insignificantes.

> *D. Marina, sobre a vizinha Belinha*: Ela tá bem, tá trabalhando, numa boa, daqui a pouco ela começa a se chatear, se zanga assim, se invoca, se invoca com a cara da gente. Aí quando ela se invoca, ela é capaz até de esbofetear a gente. E ela joga pedra na gente, ela cospe no rosto da gente, ela xinga, dá cada baixa!...

> *Lúcia, sobre o marido*: Não, ele chora, pode tá conversando aqui comigo, não precisa eu brigar com ele, não precisa nada, ele senta ali na cama, quando pensa que não, ele tá chorando. O mesmo jeito que ele faz pra brigar comigo, ele faz pra poder chorar. Ele muda. Dá aquela reviravolta na cabeça, aí pronto.

> *D. Renilde, sobre a filha*: Porque, se você chegar e ela gostar de sua cara, ela lhe trata muito bem, é aquela finura. E conta caso, se esmera, mas se ela não for [com sua cara], é fazendo grosseria, é chutando tudo, é assim que ela é.

Das descrições, emerge a idéia de que o doente vive em um ritmo distinto das pessoas normais, um ritmo mais acelerado, em que os desejos se afirmam em caráter de urgência e o momento presente parece assumir proporções exageradas. Assim, delineiam-se os traços típicos que definem o modo de ser no mundo daqueles cujo juízo é ou está fraco: 'avexado', 'agitado', 'insistente', 'agoniado', 'nervoso'. Agonia e nervoso (tomados aqui no sentido mais estreito de signo ou sintoma, conforme são às vezes empregados) condensam significados múltiplos, expressando tanto comportamentos mais exteriores – a pessoa não dorme, anda de um lado para o outro, come demais, não pára, agride –, quanto um estado emocional marcado por um misto de angústia, raiva e tristeza.

> *D. Joana, sobre o filho*: Assim vexado. Aquela pressa de fazer tudo, ele tinha aquela pressa. Que ele era calmo.

> *Lúcia, sobre o marido*: Ele vivia agoniado, andando pra cima e pra baixo e sempre angustiado, nada pra ele tava bom. E ele ficava muito nervoso, aquela coisa assim.

> *Sr. Sílvio, sobre a esposa*: Não tem nada que teja certo, acha que tá ruim. Fazendo o mesmo, daqui a pouco, acha que tá errado. Nervoso é uma coisa horrível. É. Se transtorna muito dentro de casa... que o que mais tem é o nervoso, é a falta de paciência, né. Você sente aquela agonia, aquele nervoso, não sabe o que tá fazendo. Daqui a pouco dá pra gritar naquele nervoso.

Liane, sobre a irmã Belinha: E tinha dias que ela tomava banho demais. Tomava banho agora, daqui a pouco, ela dizia, aí começava a apanhar água. "Tô com calor, tô com calor". Mãe [dizia]: "não vá gastar água não". "Não, eu vô jogar uma água no corpo, eu tô sentindo muito calor, tô sentindo muito calor". Aí tomava aquele outro banho.

Liane, sobre a irmã: E aí ela deu pra ficar nervosa, assim, e a gente falava qualquer coisa, ela respondia com aquele, como é que se diz, com aquela força, agitada.

Dica, sobre a vizinha: Porque ela tá de um jeito que ela senta num lugar... num tá vendo a gente conversando aqui? Se ela tiver aí, daqui a pouco, ela sente aquela agonia assim, ela não quer ouvir conversa. Ela sai. Ela não gosta de ficar num lugar que tem zoada.

A agonia, por vezes, é relacionada com o 'vício de rua'. Nestes casos, refere-se a problemas mais graves: o louco não consegue parar em casa, parece sentir-se continuamente jogado para rua, em romaria constante. Neste contexto, muitos dos relatos referem-se a casos de agressividade, desrespeito e insulto a outros no espaço da rua. De fato, embora a ruptura da moralidade da família seja um tema recorrente em diversas descrições de problemas, a exibição de atitudes impróprias em relacionamentos fora da família, com outras pessoas não necessariamente conhecidas é também um importante sinal de problema. No primeiro caso, a atenção se volta para a introdução de regras da rua no domínio da casa: a pessoa trata a mãe como se não estivessem ligados através de obrigações bem definidas. No segundo caso, põe-se o foco no distanciamento gradual do doente quanto ao domínio da casa e sua progressiva identificação com a rua. No extremo, está o maluco que perambula pelas ruas do bairro, amaldiçoando e jogando pedras em quem quer que cruze o seu caminho. O problema parece, então, ganhar uma dimensão nova e freqüentemente mais séria.

D. Rosário, sobre a filha Adélia: Ela continua na rua. Pra mim, quando a pessoa vai pra rua sem procurar [por nada], a troco de nada, sair assim... então uma pessoa dessas não tá boa, eu acho que não. A pessoa sair assim, já pensou, a pessoa leva o dia todo, sair de manhã, levar o dia todo na rua, sem comer...

Liane, sobre a irmã Belinha: E teve uma ocasião que ela piorou. A doença atacou mesmo, pra valer mesmo. Ela saiu – isso de manhã – ela saiu e levou bem uns três dias fora de casa. Uns três dias fora de casa. Ela ia pra Pituba, ia pra Feira de São Joaquim, ia pra Santa Cruz, pro Nordeste. Chegava no Nordeste, aqueles tabuleiro, os homem vendendo banana naqueles tabuleiro, ela chegava e pedia. Chegava na padaria e pedia pão.

Dica, sobre a vizinha, Dolores: A primeira coisa quando ela teve esse problema ela saiu logo pro meio da rua.

D. Adalgisa, sobre o filho Jorge: Com quinze anos foi que ele pegou o vício da rua, ficava nessa Pituba aí, ficava na Barra, em tudo quanto era canto.

Nina, a respeito da mãe, D. Ivanilde: Mãe foi pra Amaralina meter a mão no tabuleiro dos outros, nego fazendo gaiofada com ela, xingando ela, rindo da cara dela e ela saiu com a sacola pra cima e pra baixo, um travesseiro debaixo do braço, desde quinta-feira pra cá a gente não vê mãe.

D. Firmina, sobre a vizinha Teca: "cê vai pra onde agora de tarde?" Aí ela dizia: "pra Chapada, pra esse e aquele lugar", e ia mermo. Isso ela fica de um passeio pro outro só catando nica [do chão], que nego não tá nem jogando mais.

Neste ponto, chegamos a outro grupo dominante, o grupo dos comportamentos bizarros, que aparece com freqüência nas narrativas como signo de sérios distúrbios. Andar nu pela vizinhança, adornar o corpo com papelão, pedaços de metal ou qualquer outra coisa que encontre pelas ruas, fugir de casa, comer restos do lixo e viver na sujeira ou, simplesmente, passar todo o dia vagando pelas ruas sem nenhuma razão aparente – todos comportamentos sublinhados por seu caráter estranho e absurdo. O tema dominante, nestas descrições, é a associação do maluco ao domínio social da rua: à medida que alguém se afasta dos laços pessoais e hierárquicos da casa – o domínio da moralidade –, também deixa de ser uma pessoa. A perda da condição de pessoa se reflete em uma crescente negligência, tanto com relação aos outros, quanto a si mesmo.

Esta concepção da negligência surge em outro grupo de signos que, apesar de pouco saliente, permite compreender melhor o sentido do pertencimento a uma teia de relações como elemento definidor tanto de força física (mental), quanto moral (juízo). Trata-se dos signos de isolamento:

Sr. Sílvio, sobre a esposa: (...) aborrecida com o nervoso, não queria ver ninguém. Se ela pudesse não via ninguém.

Liane, sobre a irmã: Ela chegava assim num canto, ficava sentada, aperreada. Aí mãinha, nesse dia pronto, ela não comia, tinha dia que ela não comia, só queria tomar café... Aí ficava no canto, aí: "vam'bora comer" ."Não, não quero comer não, não quero comer não". (...) Ela ficava emperreada, não fazia nada.

Célia, sobre a mãe, Celina: Mais indisposta, não tem aquela disposição que ela tinha antes de fazer as coisas, nem ânimo de sair, nem nada.

Dica, sobre a vizinha, Dolores: Chorava dia e noite, não queria comer. (...) Ela calada. [A gente chamava:] "Dolores!" Ela calada. Nesse calada, ela foi indo, foi indo, foi indo, pronto!

Sr. Léo, sobre um amigo: Agora ele tá sem energia. Ele hoje tá sem energia. É um homem mais velho que eu poucos anos... mas tá sem energia. (...) ele se desleixou completamente.

D. Renilde, sobre a filha: Fica trancada dentro de casa, chora, chora. Quando ela tá com vontade, bota a casa um espelho, quando não tá, fica tudo de perna pra cima. Quando ela tá com vontade, pega as roupa toda, arruma, lava, passa, dentro do armário, quando não tá, larga tudo lá bagunçado.

Nos relatos, o isolamento tende a estar associado, por um lado, à indisposição e falta de ânimo (não ter energia, não se alimentar) que remetem às idéias de força e fraqueza, e por outro, à condição de se estar amuado ou aperreado (trancar-se no quarto, não querer fazer nada), o que, por vezes, adquire uma conotação moral negativa, uma vez que ameaça um fluxo de reciprocidade. Trancar-se, deixar a casa em desleixo e, no extremo, 'jogar-se no desprezo' (descuidar-se de si mesmo) são comportamentos mencionados para se descrever uma dinâmica de isolamento que nem sempre se considera digna de pena ou atenção especial, consistindo muitas vezes em alvo de reações de condenação moral explícita.

Por fim, as descrições de normalidade, que caracterizam o estado da pessoa antes da doença ou sua recuperação, apontam para dimensões importantes da semiologia local relativa a problemas mentais. Os signos de normalidade presentes nos relatos do Nordeste envolvem três tipos básicos: desempenho de papéis sociais, aparência e relação com outros. Os signos de desempenho de papéis, referentes, basicamente, ao trabalho, aparecem tanto nas descrições de normalidade (nas quais são dominantes), quanto na identificação de melhora. Nestes contextos, fala-se que a pessoa era (é) trabalhadora e/ou que apresenta(va) disposição para trabalhar. Incluímos a seguir algumas descrições de perturbação no âmbito da atuação de papéis sociais, de modo a ressaltar o sentido do 'ser trabalhador':

D. Joana, sobre o filho: Aí quando ele voltou a melhorar, ele tinha aquela disposição para trabalhar. (...) Trabalhava de fazer gosto. A senhora dizia assim: "olhe, Zeca, eu quero essa casa toda pintadinha hoje". Ele pintava tudo. Quando a senhora chegasse, cinco hora, tava pronto e ele sentado lhe esperando.

D. Firmina, sobre o filho: Quando foi no outro dia ele disse: "agora eu vou na Pituba, agora que eu tô mais forte, agora vou na Pituba". Aí eu disse: "o que que você vai fazer na Pituba, menino?" "Vou arranjar trabalho que eu não vou ficar sem trabalhar, não".

D. Marina, sobre a vizinha, Belinha: Ela lavava roupa junto com a mãe. Lavavam muitas roupas... Mas ultimamente ela nem faz isso mais. (...) Ela é muito inteligente porque se ela pega um serviço, faz aquele serviço mesmo, é menina trabalhadeira, não fica parada... Então, se ela fosse doente de cabeça, então ela não tinha esse meio de fazer isso tudo.

D. Adalgisa, sobre uma vizinha: Os filho dela trabalha... ela faz comida, lava roupa, a casa, se você ver o brinco que é a casa dela. Arruma tudo direitinho, ela não tem nada, viu.

> *Nina, sobre a mãe*: Mãe era uma pessoa calma, calma, calma. Mãe fazia tudo, tudo, tudo, forno e fogão, mãe cozinhava, lavava tudo, cuidava dos filho dela, quem levava pro médico, quem fazia mamadeira, quem fazia a comida era ela.
>
> *D. Renilde, sobre a filha*: Ela não quer nada, chega aqui, traz sacola e sacola de roupa pra lavar, e é a irmã... Depois senta, deita, dorme, e a bichinha [irmã] se virando.
>
> *Seu Léo, sobre um amigo*: Ficou somente assim, era novela, essa bobagem... Levando as mulher pro médico. O emprego dele era levar as mulher pro médico. (...) Porque um homem na minha idade, que ainda pode trabalhar, tem condições de trabalhar, não tá aposentado, não tem renda...

Há três aspectos importantes a notar quanto ao significado do trabalho na atribuição de normalidade ou melhora. Em primeiro lugar, a disposição para o trabalho está relacionada à força – entendida como um estado de plena posse das capacidades físicas e mentais –, e deste modo se opõe à fraqueza que caracteriza a doença. Porém, se o engajamento do doente em alguma atividade produtiva é visto como caminho para a melhora, há que se tomar cuidado para não 'forçar demais'. A concepção do que é ser trabalhador, por outro lado, relaciona-se também ao cumprimento de expectativas sociais específicas para cada gênero: a mulher 'trabalhadeira' é definida, na maioria das narrativas, em termos do cuidado com a casa e os filhos; o homem, em virtude do trabalho na rua para a provisão da família. Mais do que isso, o exercício do trabalho é tido como participante e mantenedor de redes de reciprocidade no interior da família: assim, as filhas ou filhos menores ajudam a mãe, os filhos trabalham (fora) e a mãe desempenha para eles as tarefas da casa etc. Como veremos, aponta-se freqüentemente a quebra dessa rede de reciprocidades como causa da doença.

A comparação com a perspectiva da classe média, oferecida pelos dados coletados no bairro da Pituba, é bastante reveladora. Em ambos os grupos, o trabalho é categoria importante na construção e afirmação da identidade. Entretanto, enquanto entre os informantes de classe média o trabalho ou profissão é o domínio por excelência da individualização (no sentido de ter vida própria), nos relatos do Nordeste consta como espaço em que se podem criar e reforçar laços de dependência e reciprocidade entre sujeitos que ocupam posições diferenciadas e bem definidas no mapa social.

A normalidade é também identificada pelo cuidado com a aparência. Andar limpo, arrumado, enfim, demonstrar interesse pela higiene e apresentação pessoal, especialmente em contextos públicos, são atos indicadores de que o indivíduo, se tem o juízo fraco, não cortou de todo os laços sociais que lhe conferem o status de pessoa. O reverso consiste na situação de 'jogar-se no desprezo'. No campo propriamente relacional, descreve-se a normalidade como calma: a manutenção de um certo equilíbrio ou bom senso na relação com outros, que se opõe claramente

aos descompassos e exageros do nervoso. A calma relaciona-se ao fato de saber conversar, cujo sentido é dado pelo contraste com a tendência a tomar qualquer palavra como insulto ou agressão a si – caraterística do nervoso. Conforme já mencionado, está presente, também, em vários relatos, o comportamento de obediência aos pais – principalmente à mãe – como signo de normalidade e/ou melhora. Aqui tem-se novamente o tema da submissão à hierarquia que caracteriza a família como condição para afirmação e reforço do *self*.

Contextos e Causas

> *Sr. Léo*: Ele terminou com a mente cansada. (...) É um tipo de sereno que cai em cima da mentalidade, do juízo.

No Nordeste de Amaralina, considera-se a doença mental como processo de enfraquecimento ou perda do juízo. Diz-se que o juízo é de natureza frágil e delicada e pode ser afetado por uma variedade de fatores. Afirma-se, também, que o indivíduo 'ficou com a mente cansada' e, no caso do que se julga ser uma doença incurável, 'com o juízo passado'. O enfraquecimento ou perda do juízo desenrola-se em um campo relacional: no transcurso de relações (nem sempre visíveis) que terminam por vitimar o indivíduo, produzindo uma imagem final de estranhamento. O tempo da doença é um tempo social, em que transcorre uma pluralidade de acontecimentos, incidentes e encontros nos quais o indivíduo, sem necessariamente ter conhecimento, pode estar implicado. As narrativas buscam explicitar esse contexto relacional, lançando luz sob áreas obscuras e traçando conexões entre eventos aparentemente desconcertados na configuração do estado de aflição. Assim, se no contexto de classe média da Pituba os relatos transcrevem a dinâmica social no contexto interno do sujeito, no Nordeste situam o sujeito no quadro de uma dinâmica relacional complexa, traçando um percurso cujo resultado final consiste, em muitos casos, em se criar uma distância ou operar uma separação entre o indivíduo e a doença.

Tal como contada, a história da doença é parte e produto de uma conjunção específica de situações ou relações fragilizantes, que podem envolver outras pessoas, o ambiente natural e o mundo dos espíritos. Embora possamos tratar cada um destes domínios em separado, raramente a doença se apresenta nas narrativas como resultado de uma cadeia única de eventos ou causas. O idioma da fraqueza serve, por vezes, para articular diferentes experiências na descrição do processo de adoecimento:

> *D. Joana, sobre o filho Zeca*: Pra mim, ele tava cansado, fraco, esgotado. Do trabalho, né? E ... e porque aquela criação que eu dava a eles era uma alimentação muito frágil, muito pouca, sabe? Então eu achava assim. (...)

> Ele é magrinho. Então o pai morreu e ele ficou naquela luta, né? Aquela luta, aquela preocupação. E, inda hoje ele conta, quando ele chegava do jornal, [com] aqueles trocado que davam a ele, ele comprava pão, comprava guaraná e tomava com o irmão caçula aqui. Aí o barraco caiu. O barraco caiu, foi no chão, nós ficamos desabrigado. (...) Enquanto tava o pai e a mãe, tudo junto tratano dele, não tinha pobrema, né? A gente alimentava ele na hora certa, mas o pai morreu já a partir de um ano, o pai morreu, ele preocupado com aquela morte. Assim, ficar sem o pai e uma coisa e outra, de forma que aquilo virou uma doença, de repente.

Em várias narrativas, o adoecimento é descrito como parte de um processo ou situação de fragilização da família, o que implica empobrecimento e desorganização interna, como neste relato, mas também um certo senso de perda da unidade moral. Assim, os quadros referidos a seguir – concernentes à mulher que sofre nas mãos de um marido violento e termina por entregar os filhos aos cuidados de outros, e à filha criada sem limites, a quem é permitido desobedecer e desafiar os mais velhos – expressam uma situação de fraqueza moral na família em que as posições (de marido, mãe, filho/a) se deslocam e perdem a firmeza:

> *Alice, a respeito da mãe, D. Januária*: Ela queria ser uma pessoa boa, mas, ao mesmo tempo, não podia (...). Aí nisso ela abandonou, cada um, deu cada um pra uma pessoa. Já estava com problema, porque assim que ela foi morar com meu pai, ele já começou a maltratar ela. E nisso ela juntando, e nisso aí que ela ficou doente. Ela nervosa, foi dando um nervoso, nervosa. Ele bebia muito, batia nela que ela chegava a ir pra água de sal.

> *Penha, sobre a irmã Rosa*: Desde mocinha que ela, desde que eu me entendo por gente que eu vejo ela com esse nervoso. Isso que tá fazendo agora mesmo, muito malcriada, sem obedecer a ninguém, mãinha fazia muito carinho e no que deu foi isso, que a criação dela... Tudo que queria mãinha dava, aí foi crescendo, crescendo nesse ritmo.

No primeiro caso, o contexto em que se desenha o nervoso caracteriza-se pelo desvio do papel de marido/pai expresso na violência excessiva, ao qual se reúne, como conseqüência, o esvaziamento do papel de mãe no ato de entrega das crianças. No segundo caso, a fraqueza da família expressa-se no desvio do papel hierarquicamente subordinado de filho. Conforme sugerido no relato, uma tal situação remete ao papel da mãe na educação das crianças. Mães lenientes, que mimam excessivamente seus filhos, estão criando pessoas moralmente fracas. Nesta perspectiva, relacionam-se as noções de fraqueza como maior vulnerabilidade à doença e fraqueza como falta moral, implicando uma inabilidade para representar papéis sociais apropriadamente.

A idéia de que a família é o contexto social mais relevante no que diz respeito à saúde mental da pessoa encontra-se presente na maior parte das vertentes ocidentais da psicologia e revela-se claramente nas narrativas produzidas pelos moradores de classe média da Pituba. Contudo, enquanto, entre estes, se enfatiza

o papel dos laços familiares na formação e no desenvolvimento da personalidade, nas narrativas do Nordeste a ênfase repousa na família como uma unidade estruturada de relações hierárquicas, de cuja integridade depende a integridade das partes. Assim, se a ausência paterna põe em risco a saúde mental dos outros membros da família, como no relato de Joana, isto não é interpretado pelo fato de as crianças serem privadas de uma importante contribuição ao seu desenvolvimento pessoal, mas por se tratar de uma contingência que força o surgimento de novos arranjos dentro da unidade familiar, os quais terminam por ameaçar a posição dos demais integrantes. A fraqueza que uma situação como estas provoca é, ao mesmo tempo, física – uma vez que a mãe ou o filho mais velho provavelmente terão que assumir uma sobrecarga de trabalho com a perda do pai – quanto moral, uma vez que os papéis perdem solidez ao serem sujeitos a redefinições e ambigüidades.

A força da família depende da manutenção de um contínuo fluxo de trocas entre os atores que estão diferentemente situados dentro do contexto. As narrativas mostram como a interrupção ou ruptura súbita destes intercâmbios fragmenta o sentido de *self* que emerge para os atores do fato de estarem situados em uma totalidade. Emoções como ciúme ou amor frustrado encontram-se intimamente ligadas a tais situações:

> *Venância, sobre a vizinha, D. Pequena*: Eu num sei, ela se sente... eu acho assim porque ela se sente sozinha, sozinha sem ninguém, tem hora que ela se sente sozinha. Acho que os filhos... sai um pra trabalhar e chega de noite, o outro sai pra trabalhar e chega de noite, a filha é casada. Ela começou assim mais depois que a filha se casou... Tinha que casar, dona, ninguém vai ficar no mundo sem... coisa, claro que ela tem de se casar e ter o marido dela, mas eu no meu ver, eu batia uma laje e morava junto com a minha mãe... Mas a filha tem cuidado direito com a mãe, isso ela tem.

> *Nina, a respeito da mãe, D. Ivanilde*: Tem nove anos que mãe começou a ficar doente, um ano depois que meu irmão casou, (...) mãe ficou desse jeito. Porque tudo quem fazia pra ele era ela, tudo, até roupa pra comprar era ela, cueca, tudo, tudo, tudo do meu irmão era ela que fazia, depois que mãe ficou doente, mãe não faz mais nada (...). Ciúmes, a gente pensava que era ciúmes.

> *D. Firmina, sobre a vizinha Teca*: É porque o filho casou e levou ela pra morar com ele e num deixou nem ela aí sozinha, quando ele casou e ela... Ele levou, mas chegou lá, ela ficou acho que ciumando, foi daí que ela veio já de lá já meio... A gente já sentiu quando ela voltou, a gente disse: "Teca num tá certa".

> *Sr. Léo, a respeito de um amigo*: Quando ele tava terminando de fazer a casa, a outra criatura [esposa] vendeu a casa e foi embora, com tudo. Deixou ele à toa. E daí pra cá, ele se desleixou completamente, completamente.

Sr. Léo: No começo a tendência dele era querer procurar a mulher pra matar.

Entrevistador: Mas por que isso, Sr. Léo?

Sr. Léo: Amor. Amor.

Perpassa estes relatos a idéia de que o juízo enfraquece quando o indivíduo é despojado de um contexto relacional do qual obtém um senso de continuidade ou identidade do *self*. Um dos casos mais referidos é o das mães que sucumbem com o casamento de um filho, sendo subitamente despojadas das responsabilidades e tarefas mediante as quais lhes era permitido afirmar e renovar seus laços na família. O enfraquecimento do juízo é, portanto, parte de um processo de perda ou impossibilidade de sustentar laços sociais que fazem do indivíduo uma pessoa plena e responsável.

Apesar da importância da família na constituição da identidade, as histórias de doença mental do Nordeste não estabelecem um elo necessário entre doença e enfraquecimento do contexto familiar de referência. Atribui-se boa parte dos casos de juízo fraco a fatores orgânicos: uma doença na cabeça que pode ser detectada por meio de exame apropriado; usualmente se fala da 'chapa' ou 'eletro da cabeça'.

O 'foco' constitui categoria central nas narrativas de causa, considerado como um problema localizado e palpável ('veia entupida na cabeça'), que pode ser revertido mediante o uso de medicação adequada. Diferentemente da epilepsia – categoria também bastante conhecida –, o foco não está associado a sintomas específicos ou a algum estigma, funcionando nas histórias como uma espécie de caixa-preta, que permite objetificar a doença e, conseqüentemente, distanciá-la do 'eu'.

Clarice sobre o filho de Damiana: Não é culpa dele não, ele tem um foco muito forte, ele tem muito forte.

D. Adalgisa, sobre o filho Jorge: Achei que justamente a doença dele foi causada disso mermo, da [que ele tomou quando era criança], do foco que ele tinha na cabeça. Que forma uma coisa no cérebro, no juízo, ajunta aquele sangue, então causa aquela qualquer coisa, aquele negócio, um tumor, como o dele mermo era um tumor que ele tinha no cérebro.

Importa observar, a respeito das narrativas de foco, o encadeamento da trama e os campos postos em destaque. Na maioria dos relatos, o tema do foco remete à identificação de eventos críticos anteriores, tomados como causas, como problemas durante a gravidez da mãe e o nascimento, ou uma pancada forte na cabeça, em geral durante a infância, oriunda de uma queda ou de um golpe. Tais eventos, por sua vez, remetem a situações de base, como excesso de violência ou de descuido dos pais, ou tentativas fracassadas de aborto por parte da mãe. Desta maneira, ao identificar o foco, a narrativa segue um curso que termina por conduzir ao domínio das relações sociais.

A intervenção espiritual consiste em um dos temas mais significativos nas histórias de adoecimento contadas no Nordeste, segundo o qual as raízes do padecimento residem em um domínio invisível de trocas, em que o sujeito participa muitas vezes sem saber. Valendo-se dessa concepção, as narrativas levantam e exploram pistas, buscando tornar visível o quadro relacional real em que ego se encontra envolvido.

> *Clarice, sobre um amigo do marido, Demerval*: Você também não sabe se foi essa paixão ou alguma coisa que a mulher botou pra ele, né? Pra ele ficar no desprezo. Eu acho que se fosse o caso dele, paixão, ele não ficaria assim. Acho que não. Não tem desgosto pra pessoa se jogar naquele mau-trato. Eu acho que foi assim, eu acho que foi alguma coisa que ela botou pra ele. Eu acho, um feitiço, pode ser isso também, né?

> *D. Renilde, sobre a filha*: Parece que ela tem um trem ruim, uma coisa ruim com ela, que na mesma hora que ela tá pela direita, tá pela esquerda, com ela... Que tem um trem ruim encostado nela, na mesma hora que ela tá boazinha, ela tá ruim.

> *Dona Joana, sobre o filho Zeca*: Agora, ele comia demais e aquele negócio é que me encafifava. Aquela negócio dele comer demais, que ele parece que tem um espírito roedor com ele, um espírito sujo, roedor, com ele: esse menino num tá sozinho. Esse menino tá com uma coisa ruim.

> *Lúcia, grávida de seis meses, sobre o marido Chico*: Eu nunca apanhei de ninguém pra chegar em casa apanhada, pra deixar ele me dominar ao ponto de me dar dois murros em minha boca... pegar a faca pra mim, me empurrar na parede e ainda dar um murro na minha barriga. Pai ficou abismado. Ele disse: "sabe o que é isso? É o capeta". (...) [Eu disse] "Oh, Chico, eu tenho certeza que você não tá só, você está com alguma coisa do diabo".

Os caminhos que conduzem à atribuição de uma causa de natureza espiritual podem ser diversos. Em muitos relatos, estabelecem-se elos entre certos comportamentos e a intervenção de forças ou entidades não humanas. Suspeita-se de ações e emoções exageradas, se comparadas à situação em que brotam, como na história de Demerval, em que se cogita ser implausível que as dores de uma paixão fracassada possam, por si só, gerar um estado de tamanha negligência para consigo mesmo. Suspeita-se também de mudanças súbitas de atitude e humor, de comportamentos grotescos ou moralmente condenáveis, de visões e conversas com mortos. O resultado desta exploração é, via de regra, a criação de uma distância entre o que sujeito faz e o que ele/a é, distância esta preenchida pela ação pela recorrência ao argumento da ação e propósitos dos espíritos: embora apenas o corpo se revele nos contextos de interação, o indivíduo "não está só".

Lidando com a Doença Mental

Defrontados com eventos de doença mental, os membros da família são chamados a refletir sobre a natureza do problema e as atitudes que devem assumir. No Nordeste, a família é o principal *locus* de cuidado dos doentes, no qual se delineiam boa parte das decisões e estratégias para se lidar com a situação. Na maior parte das famílias, a principal carga de cuidado repousa sobre a mãe (ou figura feminina que assume papel equivalente): é ela a responsável pela administração da vida diária do doente e, usualmente, é a quem cabe a última palavra no que diz respeito à escolha de tratamento. Como resultado, as mães são quem mais sofre o impacto de haver um doente mental na família. Suas narrativas estão repletas de referências a noites sem dormir, atendendo às necessidades de seus filhos doentes ou se preocupando com seu paradeiro; a repetidas e quase sempre mal sucedidas jornadas a centros de tratamento; a acertos e brigas com os vizinhos; e, sobretudo, ao desespero por desconhecerem a causa subjacente ao problema, ou quando o sofrimento terá fim.

> *Clarice, sobre Damiana*: A mãe fica doida, não sei como é... Ó, quando ele tá queto assim, a rua tá quieta, sem a mãe tá gritando, ele tá dormindo, porque ela dá remédio forte, que chega ele fica todo 'bambo' assim. Quando ele está na rua, todo torto, assim, é que ela toca muito remédio, pra ver se ela descansa também.... Pra ele descansar, minha filha, pra ele dormir e ela dormir também. Porque de noite ataca assim, ela passa, tem dia que ela passa a noite acordada.

> *Liane, sobre sua irmã*: Mãinha, coitada era que guentava essa, essa barra toda. Porque você já pensou, a pessoa tá aqui, daqui a pouco [no meio da noite]: "ah, deixa eu me levantar que eu vou fazer xixi, que eu vou beber água". Então tem que passar, né? Aí, incomoda a pessoa que tá na frente. Aí pronto, ela levantava... Daqui a pouco. "Ah, tô sentindo uma gastura, tô sentindo uma gastura"... "Eu quero um pedacinho de pão com café". Aí mãinha vinha, se levantava, dava pão com café, ela tomava, bem. Quando era de manhã, acho que ela, a cabeça tava muito pesada, né? Ela aí dormia um pouco.

Algumas mães expressam grande preocupação a respeito do futuro de seus filhos doentes, pois sabem que após sua morte dificilmente haverá alguém que assuma integralmente a responsabilidade do cuidado. Remontando-se a história da doença, distinguem-se dois períodos principais: no início do problema, irmãos, parentes e mesmo vizinhos mobilizam-se em torno do evento, buscam soluções e envolvem-se efetivamente no cuidado; à medida que o tempo passa e a doença se transforma em rotina, porém, o interesse e a participação prontamente decrescem e elas, mães, são deixadas sozinhas na administração dos cuidados.

Dona Rosário: Eu toda hora digo: "oh minha filha, estou ficando na idade, você não vai me achar o tempo todo. Procura se ajudar porque se você me perder, como é que você vai ficar? Seus... seus irmão vai ter paciência com você? Como é que você vai ficar no mundo?" Ai, eu sempre conselho ela, mas não adianta... [os irmãos] Já ajudaram muito... Às vezes trazia pra casa... Aí perde a paciência. Chega daqui a pouco, nego dá queixa, se ele encontrar com ela, ele bate mermo... perde a paciência, causa, todo dia a merma coisa. A pessoa perde a paciência, só mãe mermo. Eu... tem hora que eu tenho [vontade de perder a paciência]. Não vou dizer que eu não tenho. Depois eu vou, paro e penso, não é? Porque mãe é mãe mermo, né?

Várias mães enfrentam profundas mudanças em suas vidas em decorrência da doença. Não podem manter empregos regulares e têm que (re)organizar o seu tempo em casa de acordo com as necessidades do doente. Além disso, o fato de se ter um filho ou filha doente mental é tido como causa de muito sofrimento. A situação parece ser particularmente dolorosa durante as fases iniciais da doença ou quando há uma súbita e inesperada agravação do problema. Em tais momentos de perplexidade, quando rotinas de cuidado não foram ainda estabelecidas ou se provam ineficazes, e explicações razoáveis para o problema não foram alcançadas, o medo de ter um filho louco é expresso como um sentimento de perda. A este acrescenta-se a dúvida de ser, de alguma forma, responsável pela eclosão da doença.

Quando é a mãe que cai doente, a responsabilidade pelo cuidado usualmente recai sobre as filhas, especialmente as mais velhas. Embora os filhos participem nas decisões com respeito ao tratamento e sempre se tornem os principais provedores da casa após o início do problema, são as filhas que levam adiante as tarefas relacionadas ao cuidado diário, incluindo a administração de medicamentos, o acompanhamento do tratamento e as visitas ao hospital. Há, de fato, várias expectativas associadas à atuação de homens e mulheres no cuidado com o doente; a narrativa de Venância a respeito da doença de sua vizinha idosa, Dona Pequena, é um bom exemplo. Venância elogia o cuidado que o filho mais velho de Dona Pequena dispensa à mãe: embora esteja casado, ele a visita regularmente, a acompanha ao médico e compra medicamentos. A única filha de Dona Pequena também é casada; Venância nota que ela vem todos os dias, cozinha e lava a roupa da mãe e senta-se com ela para conversar. Mesmo assim, Venância acusa a moça de negligência e falta de piedade filial. Da forma como encara a questão, o lugar da filha seria ao lado de sua mãe: "se eu fosse ela eu batia uma laje e morava com minha mãe".

Embora as mães muitas vezes se sintam sós na lida diária com o doente, no Nordeste as redes de vizinhos, parentes e amigos contribuem significativamente para o processo de interpretação do problema, decisão do que fazer a respeito, seleção de tratamento e avaliação de resultados. No bairro, os vizinhos são teste-

munhas da maioria das crises enfrentadas pelas famílias; a doença não é uma exceção. A proximidade dos vizinhos, no entanto, produz efeitos ambíguos sobre o desenvolvimento de tais crises: por um lado, facilita um tráfego de recursos materiais e simbólicos (conselhos, opiniões, receitas práticas); por outro, favorece o crescimento de tensões e conflitos.

O desencadeamento da doença mental não afeta apenas as relações da pessoa doente com os outros, mas também as relações que os membros de sua família mantêm com vizinhos e parentes. Alguns familiares contam que o comportamento desviante exibido pelos doentes acaba afetando seriamente sua boa relação com os vizinhos: à medida que se multiplicam as queixas, gradualmente se afastam dos velhos conhecidos.

> *Damiana*: [Os vizinhos] reclamam e como reclamam: "oh, esse menino não tá fácil, tome cuidado com esse menino". Que eu posso dizer? É criança! Das pessoas falam muito e eu fiquei um pouco parada, de andar conversando com as pessoas, principalmente aonde eu moro, porque de criança a adulto, sempre chama ele de maluco... Mas eu não gosto que chamem ele (...) disso, porque acho que pai nem mãe nenhuma não vai gostar de um adulto chamar uma criança de maluco... Então eu prefiro ficar no meu cantinho quieta.

> *Dona Rosário*: E porque às vezes a pessoa, e... às veze e aquelas pessoa que não entende, que não é por causa de mim que ela faz disso.... Tem vezes que tem gente que até me nega fala, certo?

A vida de quem possui uma pessoa doente na família, em um bairro como o Nordeste, no qual nada nem ninguém passa desapercebido pelos vizinhos, é por vezes descrita como fonte mesma de preocupação:

> *Dona Rosário*: Aqui no bairro que a gente mora... Você não sabe, bairro de fraco. Ninguém quer ver ninguém bem não. Isso que eu digo, a falta de amor.... a gente num tem amizade, que o bairrozinho que a gente mora, a gente não tem amizade. Todo mundo se dá, mas... já viu como é, uma falta de amor, todo mundo... os menino ia perseguir, chamava ela de maluca, de maluca, ela ficava muito agitada, né? (...) aqui tem muito menino, mas é? Lugar agitado isso aqui...Vixe menina, eu digo, às vez eu nem ignoro isso porque o lugar de fraco é assim mermo, né? (...) O bairro que a gente mora, bairro de pobre é assim. Porque ela [Adélia] dizia que o pessoal dizia que ela tem o andar de homem, que a voz é de homem, que ela tem a voz grossa. Então... da voz de homem, os menino escutou isso, né? Aí tomou conta. Chama ela de Mexe-Mexe na rua. Maluca Mexe-Mexe, aí fica agitada, começa a bater nos menino, os menino bate nela, daqui a pouco, pega no adulto, o adulto vai e desconta.

Uma vez que a pessoa recebe o rótulo de 'maluco' e, acima de tudo, o de 'louco violento', torna-se vítima de uma série de reações negativas por parte dos habitantes do bairro. As crianças gostam de provocar e enraivar os malucos: cor-

rem atrás deles, chamando-os por apelidos e troçando de suas maneiras estranhas; freqüentemente atiram pedras e escondem-se, como em uma brincadeira. Os familiares apontam tal atitude, muitas vezes reforçada pelos adultos, como elemento agravante do problema e desencadeador de comportamentos violentos. Assim, enquanto para a maioria da pessoas a violência já é um traço distintivo do louco, para os familiares é uma reação ao assédio constante que eles sofrem na rua:

> *Liane*: Mas de uns anos pra cá, ela ficou violenta, porque, como é que diz, devido à agitação, que ela saía assim pra rua, aí o pessoal começava, botava apelido nela, aí quando chamava ela pelo apelido, ela se alucinava... Xepa, Xepa, Xepa, Xepa! Oh Xepa! Ela aí perdia a cabeça.

Uma vez nas ruas do bairro, longe da casa e do domínio mais conhecido da vizinhança próxima, os doentes podem ser importunados por grupos de adultos que se aproveitam do seu comportamento bizarro para dar umas boas risadas. Belinha, por exemplo, sempre ganha cachaça nos bares, e Jorge, que é tido como retardado, chega em casa bêbado e sem alguma peça do vestuário. Conforme lembra D. Adalgisa, se ele saísse com um par de sapatos novos estava fadado a voltar com um par velho ou até mesmo descalço. O medo de que pessoas venham a tirar vantagem da ingenuidade dos filhos leva algumas mães a manterem-nos distantes de certas atividades e do desempenho de certos papéis sociais. Assim, D. Rosário reage violentamente à idéia disseminada na vizinhança de que o problema de Adélia deve-se a uma "falta de homem": para D. Rosário, tudo que um homem pode fazer por sua filha é aproveitar-se dela e engravidá-la. Também para D. Joana a imagem de Zeca casado vincula-se imediatamente à idéia de uma mulher aproveitadora que vai terminar por traí-lo.

Quando a doença está ligada a crises e convulsões, as reações são marcadas pela evitação e medo do contágio. A difusão de informações que identificam uma pessoa como epiléptica altera completamente as formas pelas quais vizinhos e amigos se relacionam com ela. Tal fato pode conduzir a um novo padrão de reações por parte da família, caracterizado por uma busca em mediar as relações da pessoa doente com os outros.

> *Carmen*: Porque ele começou a ficar um menino assim, em casa, quieto... Assim. "Toinho saia, vá brincar". "Eu não, mãe. O menino fica me chamando de maluco. Quando eu tô brincando com os menino ele fica assim: sai daqui seu doido, pra você não dar mais crise aqui, pegar na gente". Então aquilo me cortava assim por dentro, sabe? Por isso procurei as mães das crianças para esclarecer o problema. Inclusive eu tive que ir em certas casas aí, de mãe de família, chamar atenção, porque ele começou a ficar um menino assim, em casa, quieto... Assim.... eu fui na casa e recramei com a mãe, fui em outra casa lá embaixo, recramei.

Histórias sobre os malucos locais circulam rapidamente no Nordeste, de modo que antes de Belinha mudar-se para a sua rua, D. Marina foi alertada sobre sua doença:

> Minha filha, quando eu conheci ela, ela já tinha esse problema. Agora, as pessoas antiga que conheceram ela de muito tempo, diz que ela desde criança que tem esse problema, a família toda tem... Que quando elas se mudaram pra'qui, alguma pessoa disse: "olhe, Marina, vai morar lá perto de você, morar três criatura, e uma, a mãe e as duas filhas e o padrasto. Aí cuidado, não tem o juízo certo".

Familiares tomam precauções para evitar que se espalhem rumores sobre seus doentes. Ocultam informação sobre o tratamento, especialmente quando se refere ao candomblé e à umbanda. Isto decorre, em parte, do temor de que aquele que fez o 'feitiço' – quando é o caso – possa querer interferir no tratamento e, em parte, porque muitos querem esquivar-se a serem identificados como 'feiticeiros', como se chamam com freqüência aqueles que se envolvem no candomblé. Tendo que colher, sob a orientação de um pai-de-santo, algumas folhas de cansanção para fazer um banho para sua filha, Clarice saiu muito secretamente em direção ao parque, de manhã bem cedo, "pro povo aqui não me ver, senão vão me chamar de filha-de-santo. Aqui se você junta folhas essa hora da manhã e traz elas pra casa é... Ave Maria, vão dizer que aqui é uma casa de candomblé!". A família de Margarida, por outro lado, evitou responder às perguntas de vizinhos que começaram a perceber algo errado com a menina. A estratégia da família era fingir que nada estava acontecendo – se Margarida ria sozinha era porque ela estava feliz –, até que os vizinhos finalmente desistiram de perguntar.

As redes locais de informação, responsáveis por espalhar histórias sobre os malucos e suas proezas violentas, comumente desempenham um papel positivo na mobilização de ajuda. Assim, alguns vizinhos vinham contar a D. Rosário quando viam Adélia envolvida em problemas na rua e, mais de uma vez, os vendedores de rua que conheciam a família de Belinha interferiram para evitar uma briga prestes a acontecer a seu redor.

Por conhecerem a família do doente há muitos anos, alguns vizinhos tendem a ser tolerantes com relação ao seu comportamento desviante. Sua contribuição, porém, não se restringe à tolerância: são eles que se mobilizam para conseguir ajuda nos momentos mais críticos da doença. D. Marina nos conta como ela e outros vizinhos davam assistência à família de Belinha durante suas crises:

> Elas ficam brava, entendeu? E aí, uma é (...). Discute uma com a outra sem motivo nenhum. E aí, começam a quebrar as coisa... Acaba com tudo... É uma coisa triste. Agride umas às outras fisicamente mesmo. Tem que separar. Agora, pra separar tem que ser duas ou três pessoas que tenha muita força e tenha muita condição, porque elas obedece ninguém, quando tão assim elas não obedece... Já, a gente já amanheceu o dia nessa rua. Aqui a gente, os vizinho aqui, já amanheceu o dia... A gente ficava conversando com elas. Dava chá, dava calmante... Acalmava um pouco. Dava tanto nela, banho frio. A mãe delas quando tá assim, a ve..., a véia,

> ela diz que sente um fogo na cabeça: "o fogo na cabeça! O fogo! A cabeça dela tá pegando fogo! Acode!" (...) A gente aí mete de água fria na cabeça dela... pra acalmar. Dá banho nela, muda a roupa, troca...

Carmen lembra-se de como os vizinhos encheram sua casa quando seu filho teve convulsões pela primeira vez:

> Aí quando eu cheguei lá ele tava caído, com os braço tudo torto assim, a cabeça torta, os olho virado. Aí, se batendo pela quina. Eu comecei a chorar, gritar e menina [dizendo]: "calma, calma, não é assim que resolve". Aí eu peguei, fiquei desesperada... Mas, mermo o pessoal me ensina uma coisa, um me ensina outra. Eu tirei a roupa dele, pelo avesso... Num demorou nem meia hora. Voltou de novo [a convulsão]... A casa encheu de gente, todo mundo... As pessoas diziam, uns diziam que era ataque de pilepsia, outros diziam que era alguma coisa que botaram, alguma coisa pra mim, pegou no menino: "quem sabe, menina, isso não é coisa mandada pra você e pegou na criança, que criança sempre é mais fraca. Às veis você pegou no menino". Mas eu não me conformava com isso. Eu queria logo saber o que era. Porque um diz uma coisa, outro diz outra. Um dizia: "bota um defumador". Outro botava uma moeda na mão dele. Outro vinha com um álcool, uma coisa, água de cheiro, passava. E nada dele voltar ao normal... me tiraram de junto pra rezar e tal... Começaram a rezar, rezar, fazer trabalho...

A participação de vizinhos, parentes e/ou amigos na administração da doença também não se restringe a situações de emergência: eles influenciam o modo como o problema é percebido e definido na família. É comum que os vizinhos sejam os primeiros a identificar algo de errado, avisando aos familiares que se trata de uma situação merecedora de maior atenção de sua parte.

> *Liane*: Tinha um nervoso que ela sentia, (...) o rosto coçava... Eu sei que ela vinha, começava a se coçar assim, coçava, coçava, coçava, coçava e, como é que se diz, feria o rosto. Aí quando foi, aí o pessoal vizinho: "Maria, Maria, você leva essa criatura no médico, Belinha tá com probrema mental. Leve logo que é pra ver o que é isso". Eu disse assim: "eu vou levar".

No Nordeste, as redes de vizinhança também desempenham um papel importante na condução dos doentes ao tratamento. Os vizinhos não apenas dão conselhos, como também acompanham o tratamento e com freqüência mobilizam suas conexões pessoais para facilitar o acesso a centros terapêuticos. Uma vizinha conseguiu para Clarice uma consulta com um médico da clínica onde trabalhava, e D. Rosário obteve a assistência de um dentista, conhecido de uma de suas vizinhas, na recomendação de tratamento para Adélia. São também os vizinhos que usualmente aconselham o tratamento com alguns especialistas religiosos, cuja competência eles podem atestar pessoalmente ou sobre a qual já ouviram muito falar. Em boa parte dos casos, o recurso a

terapias religiosas não decorre de um compromisso prévio com a religião, e sim de uma decisão no sentido de acreditar nos poderes de cura das agências recomendadas por amigos, vizinhos e/ou parentes.

Como resultado dessa notável interferência de vizinhos na administração da doença, normalmente os responsáveis confundem-se em meio a tantas explicações e sugestões, das quais nem sempre podem extrair uma linha coerente de práticas e abordagens de tratamento. A incerteza quanto à real natureza da doença, bem como o reconhecimento de que diferentes causas podem combinar-se para produzi-la, podem levar aqueles que cuidam a transitar por diferentes agências de cura durante a história do caso, e até mesmo a fazer uso paralelo de diferentes tratamentos. Mudanças nas escolhas de tratamento resultam freqüentemente da interferência de novos atores – vizinhos, amigos e/ou parentes – na administração da situação.

Buscando Ajuda e Avaliando o Tratamento

Os casos de doença narrados por familiares de alguns dos doentes oferecem exemplos surpreendentes da complexidade de itinerários terapêuticos e da impossibilidade de explicá-los por meio de um princípio de segmentação, de acordo com o qual a identificação de certos sintomas implicaria certas escolhas terapêuticas. Embora as pessoas constantemente se refiram às fronteiras entre 'doença de médico' e 'doença espiritual', na maioria dos casos recorre-se a médicos e especialistas religiosos para lidar com o mesmo conjunto de sintomas.

Os serviços de cura procurados vão desde hospitais psiquiátricos e clínicas ambulatoriais até uma variedade de agências religiosas. É interessante notar que a alternativa à medicina, ou mais especificamente, à psiquiatria faz-se representar por grupos religiosos (afro-brasileiros, pentecostais e espíritas). No próprio Nordeste pode-se encontrar um vasto número de agências religiosas que oferecem serviços de cura: terreiros de candomblé e umbanda, centros espíritas (desde grupos cardecistas até grupos mais sincréticos, sessões de mesa branca muito influenciadas por religiões afro-brasileiras) e um sempre crescente número de seitas pentecostais. Embora haja uma rivalidade marcante entre estes cultos, as pessoas do bairro tendem a vê-los como diferentes posições dentro de um universo compartilhado de poderes espirituais.

Dos 36 casos reconstruídos pelos informantes do Nordeste de Amaralina, apenas 4 não envolveram medidas de tratamento. Trinta pessoas receberam algum tipo de tratamento desde o início da doença ou ainda estão sendo tratadas; destas, 26 freqüentaram serviços médico-psiquiátricos e 19 freqüentaram curas religiosas. Isto significa que prevalece um padrão de duplo uso de serviços médicos e religiosos: 16 pessoas freqüentaram ambos os tipos de tratamento no curso da doença, enquanto 11 freqüentaram apenas o tratamento médico, e 3 apenas o tratamento religioso.

Entre os habitantes do Nordeste, o recurso a terapias religiosas não representa um impedimento ao uso dos serviços médicos, nem vice-versa. Vários informantes observam que alguns especialistas religiosos apontam para a necessidade de que seus pacientes se submetam paralelamente ao tratamento médico. Ao invocar a ação de diferentes entidades para demarcar a causa da doença, estes especialistas terminam por conferir poder e reputação à sua própria posição: não apenas dividem responsabilidade com a medicina moderna, como também intervêm quando quer que esta última falhe. A despeito de se recorrer à medicina e à religião conjuntamente, em vários casos, não se faz, todavia, uso paralelo de diferentes terapias religiosas. O candomblé é talvez a mais procurada dentre as agências religiosas que oferecem serviços de cura – dos casos de doença mental cobertos pela investigação, quinze envolviam a visita a terreiros de candomblé, enquanto apenas sete, a seitas pentecostais, e quatro, a centros espíritas.

As abordagens, como um todo, atestam a importância conferida ao tratamento médico na administração de casos de doença mental. Se as pessoas não fazem uso exclusivo de serviços médico-psiquiátricos, em sua maioria elas enfatizam, no entanto, a necessidade de tratamento continuado com médicos – e vale notar que apenas em três dos casos as terapias religiosas foram a única opção de tratamento utilizada.

Para grande parte das pessoas, dois elementos conferem significado ao tratamento médico-psiquiátrico: o uso de um aparato técnico especializado para descobrir a doença dentro da cabeça e a prescrição de drogas farmacêuticas para controlá-la. A idéia de que a doença mental é uma doença da cabeça traz consigo a visão de que há uma localização concreta no corpo, embora não imediatamente visível. É papel do aparato médico – chapa de cabeça ou eletro de cabeça – tornar a doença visível. Uma das primeiras coisas que se espera de um médico é a revelação (ou confirmação), mediante os exames apropriados, da existência de um problema (doença), considerado uma coisa bem definida, cuja localização precisa, desenvolvimento e gravidade podem ser identificados, quase medidos. Uma vez detectada, a doença deve ser controlada e, quando possível, erradicada, o que – dizem quase todos os informantes – requer uso regular de drogas farmacêuticas prescritas pelos médicos. A maior parte dos envolvidos no cuidado ao doente enfatiza a necessidade de se seguir estritamente as recomendações dos médicos referentes à dosagem correta e ao intervalo para a administração das drogas: a negligência neste ponto pode produzir uma reincidência de sintomas. Afirma-se muitas vezes que o paciente deve, voluntariamente, colocar-se sob o controle da família, cujo papel principal é reforçar as ordens dos médicos. Apesar de tais opiniões, raramente se encontra um comprometimento total e aceitação acrítica do tratamento médico entre os habitantes do Nordeste.

Se as drogas farmacêuticas são vistas como um elemento necessário no tratamento dos distúrbios mentais, sua associação à cura ou à melhora é, contudo, ambígua. Na maioria das descrições, o efeito das drogas é a produção no doente de um estado de calma. Por um ângulo, isto significa que as drogas conduzem a um gradual desaparecimento dos sintomas (especialmente da violência e da agitação) ou, ao menos, a um controle das manifestações mais severas da doença (tais como convulsões freqüentes). Por outro, a calma indica um estado de inércia, letargia ou excessiva sonolência que, resultante das drogas, é visto como um fator espoliador da antiga vitalidade da pessoa doente. A calma dos pacientes garante a tranqüilidade dos que deles cuidam, que não precisam mais se preocupar com as conseqüências dos seus comportamentos desviantes. Comumente, entretanto, isto resulta no sentimento doloroso de que o doente perdeu de vez sua condição de pessoa. O temor de que tal coisa possa acontecer provoca reações que variam desde uma decisão de interromper o tratamento médico até tentativas de trazer o paciente de volta à atividade, isto é, ao trabalho.

> *D. Joana, sobre o filho*: Ele veio pra casa na semana passada, veio pra casa, chegou aqui, eu peguei os remédio pra ver o que ele tava tomano. Aldol, Anaperidol e Diazepan, num sabe, e Neozine, não, Ideozine. Fenergan disse que normaliza o sexo, Fenergan é o que mais ataca ele, mais ataca. E esse aí é, como é que chama, Diazepan pra dormir e o Aldol e Anaperidol. Apreptil é pra cabeça, e o outro é pro sexo e o Aldol e o Diazepan pra dormir. Uma quantidade enorme de remédio.
>
> *Carmen, sobre o filho*: Eu sei lá, sei lá. Eu pensei de não voltar mais, eu digo: "ó, não vou ficar enchendo meus filho de remédio não!"
>
> *D. Rita*: Ele foi pra quatro hospital... Ele voltava melhor, agora ele voltava assim, aéreo, sabe como é, acho que por causa dos remédio que ele tomava.
>
> *D. Adalgisa*: Era justamente esse remédio de cabeça, esse remédio de doido, como é o nome, Penha?
>
> *Penha*: Diazepan.
>
> *D. Adalgisa*: Diazepan. Ele tomou muito.
>
> *Entrevistador*: E quando ele toma, ele fica como?
>
> *D. Adalgisa*: Ele fica lerdo demais, aí é pior ainda, né? Ele fica dopado, dormindo demais, aí eu acho que não deve. Eu suspendi, ficou muito melhor, porque ele tomava o remédio dava aquelas crises de dormir.

Para as pessoas que cuidam diretamente do doente, a ação do remédio no corpo depende de vários fatores e requer-se um tratamento continuado com médicos para a administração do uso das drogas. Certos remédios não são compatíveis com certos corpos e produzem conseqüências adversas no comportamento. O uso prolon-

gado de um remédio, além disso, pode levar a uma redução de sua capacidade de produzir efeito sobre o comportamento. Neste caso, o remédio se torna "o mesmo que água". Diz-se, então, que "o remédio relaxou" ou que "acostumou" no corpo.

> *Carmen, sobre o filho*: Ele ficou sendo controlado por remédio. Ele tomava Gardenal de 50. De dois em dois meses, a médica passava, que ela passava logo uma quantidade boa, sabe? Aí eu retornava com ele... Depois do remédio, eu achei que ele tava até melhor, que ele não sentia nada, brincava normal, o colégio normal, sabe? Eu achei que tava até dando certo, mas depois o remédio relaxou, não fez efeito mais, o Gardenal de 50. Aí eu retornei com ele [ao médico]. Ela passou Gardenal 100. Aí então, conversando com o pai dele, o pai dele disse: não, vamos passar pra outro médico

Tal como descritas nas narrativas, as consultas aos médicos estruturam-se, em grande medida, ao redor da questão da medicação e, para algumas pessoas, estas consultas revelam uma dinâmica circular, da qual aparentemente o paciente nunca se liberta. Descreve-se usualmente esta dinâmica em duas fases distintas: primeiramente, o médico entrevista o paciente (e/ou o responsável), requisita exames e, recebidos os resultados, prescreve a medicação (em geral na primeira e segunda visitas); em segundo lugar, o paciente (e/ou o responsável) mostra satisfação com a medicação ou reclama de efeitos adversos, o médico renova a prescrição, reduz ou aumenta a dose, ou muda para uma nova droga (nas visitas subseqüentes).

> *Entrevistador*: E depois desses quinze dias de tratamento [com o medicamento], a senhora acha que ele melhorou?
>
> *D. Joana*: Achei que ele tava melhor pra voltar de novo. Pra buscar o remédio... É que o médico dá aquela dose. Aí, quando termina, vai lá outra vez.
>
> *D. Marina*: Ela vai e volta. Lá o médico examina ela, toma a tensão dela, examina ela direitinho pra ver o estado de nervo dela como é que tá. E aí, porque é assim: ela traz uma medicação, né? Uma fórmula. Toma ali. O médico passa assim pra um mês ou quinze dias. Quando tá perto de terminar, ela não pode deixar terminar, ela aí volta. Aí torna a medicar ela direitinho, torna a passar aquele remédio. Portanto, eu acho que ela não pode se afastar, né? Não pode se afastar do médico.
>
> *D. Adalgisa*: [O médico] passava. Quando eu levava ele no médico, ele passava. Aí ele [Jorge] dava a coisa [a crise], tornava a levar, tornava a passar, aí ele ficava direto tomando aquele remédio.

Embora os membros da família sempre se dirijam às consultas com demandas muito precisas em termos de medicação, eles sentem que, antes de prescrever, os médicos deveriam proceder a uma nova avaliação das condições do

paciente – ou seja, requisitar novos exames – para averiguar como a doença se desenvolveu até então. Do ponto de vista dos familiares, o fato de não pedir novos exames demonstra um certo desleixo por parte do médico, como se estivesse esquivando-se de sua responsabilidade e, mais significativo ainda, implicitamente negando a possibilidade de que o estado do paciente se tenha modificado no curso do tratamento, isto é, que o doente possa ter eventualmente melhorado.

> *Cleide, sobre o filho*: Até hoje eu não resolvi o problema dele. Que eu quero pedir ao Dr. Djalma pra ele mandar tirar uma radiografia da cabeça dele. (...) Eu queria que o médico tirasse [a radiografia] pra ver se dava alguma coisa na cabeça. Porque esse exame sério ele nunca fez não. O médico sempre dá remédio, ele melhora, mas exame nunca. (...) Essa consulta eu vou conversar com ele pra ver como é, como é que ele tá. Se tá melhor, eu não sei. Vou pedir a ele o atestado de cabeça, o eletro dele, pra ver como ele tá...

> *Damiana, sobre o filho*: O problema é esse mesmo, é o foco que o neurologista [encontrou]. Mas vai fazer agora três anos que ele não faz um exame. Porque eu acho assim: se o médico, ele tem aquela profissão para isso. Agora já depois de tá... ali examinando, fazendo assim exame de seis em seis meses, tanto assim que eu vou fazer dois anos agora em dezembro que eu fiz esse exame, que ele não se preocupa também, não peço, é, eu acho que se já tem o prontuário, tem a fichinha, o médico vê o tempo e a idade que teve.

> *D. Rosário, sobre a filha*: Quatro anos. Até que agora eu tenho que conversar com o médico, essa médica agora eu vou levar ela no dia quatro. Conversar com ela sobre... fazer exame. Porque tomando remédio, tomando remédio sem fazer exame, né, eu acho que não dá certo não, não é? Assim não pode saber se ela, como é que ela está com o remédio, se melhor, se dá melhora, sei lá.

Sob certas condições, a família pode considerar necessário passar do tratamento em clínicas ambulatoriais à internação em hospitais psiquiátricos. Tal opção deriva normalmente de uma avaliação, por parte da família, de ter perdido o controle sobre o cuidado com a pessoa doente e de ser, portanto, inábil para garantir tanto o bem-estar daquela, quanto a sua tranqüilidade.

Contudo, não é fácil para os membros da família deixar seus parentes doentes em um hospital. Em suas narrativas, os informantes comentam as dificuldades de chegarem a uma decisão sobre o internamento e relembram os momentos dolorosos de separação na chegada ao hospital. Depois da hospitalização, entretanto, os que cuidam do doente expressam em geral alívio: livres das tarefas relacionadas ao cuidado e, sobretudo, livres da preocupação, podem finalmente ter algum descanso e reassumir um curso de vida normal.

Contrastando com estas conseqüências positivas da hospitalização, ressaltam-se as conseqüências negativas do mesmo processo para os doentes. Embora certos informantes indiquem uma melhora das condições do doente depois da hospitalização, parece prevalecer uma visão ambígua quanto aos resultados do tratamento hospitalar. Na ótica de vários informantes, os pacientes dos hospitais psiquiátricos são submetidos a uma excessiva medicação e mantidos em um estado de semiconsciência, provocando nos familiares o temor de que seu corpo não irá suportar a ingestão de tantas drogas. Acredita-se que o tratamento em hospitais psiquiátricos envolve medidas violentas: recurso a eletrochoques, uso de camisas-de-força. Isolados, obrigados a comer mal e, mais do que tudo, submetidos ao contato diário com os loucos 'de verdade', a pessoa pode, eventualmente, acabar enlouquecendo mesmo.[6]

Para muitos que experimentaram acompanhar um membro da família ao psiquiatra, permanece a angústia de não saber a causa real do problema. Embora os pacientes e seus familiares freqüentemente recorram ao médico com o intuito de obter medicação, esperam também receber uma explicação para o seu sofrimento, ou pelo menos um nome para a doença. As pessoas atribuem grande importância aos rótulos: ao receber um nome – que pode ser comunicado a outros –, o problema finalmente obtém o status de coisa real.

Nas narrativas, o silêncio dos médicos no que diz respeito às causas da doença contrasta claramente com o engajamento dos especialistas religiosos na interpretação da aflição – o que não significa que as pessoas não esperem também dos médicos uma explicação para a doença. As histórias contadas por parentes e vizinhos dos doentes indicam não haver uma demarcação rígida de funções entre os tratamentos médico e religioso que permita isolar padrões nítidos e diferenciados de busca de ajuda para problemas mentais. As diferentes explicações de médicos e especialistas religiosos para o problema são citadas, valorizadas e/ou descartadas segundo o contexto específico em que tenham sido produzidas e utilizadas. Trata-se, entretanto, de estilos de explicação bastante diferentes, aos quais se associam expectativas também diversas.

As histórias contadas por pessoas próximas ao doente mostram que, para quem lida cotidianamente com o problema e decorrentemente vê sua rotina perturbada por completo, a questão de compreender como se enredaram em uma situação tão difícil se torna crucial: busca-se desvendar um enredo, descobrir atores e responsáveis e, enfim, saber onde se está, em meio ao desenvolvimento dos eventos. Atribui-se descoberta de tais planos, em grande medida, à arte de especialistas religiosos, para quem explicar é essencialmente narrar, ou seja, situar a doença em um esquema temporal de eventos que se desdobram ao redor do doente (mas não necessariamente por sua causa).

A maioria das pessoas que buscam especialistas religiosos durante um episódio de doença mantém a expectativa de que estes possam revelar suas causas ocultas. Tal expectativa associa-se fortemente ao candomblé e espiritismo e, em

menor grau, também ao pentecostalismo. Algumas narrativas demostram que a freqüência a terreiros e a sessões de mesa-branca pode ser unicamente motivada por esta busca de interpretação. Mesmo quando se avalia que as agências religiosas falharam em resolver a situação de aflição, podem ainda ser exaltadas pela descoberta das causas. Em alguns casos, a explicação oferecida no candomblé é mantida pelo doente e/ou familiares mesmo depois de já ter sido abandonado o tratamento no interior do culto.

As causas devem ser reveladas sem que seja necessária a interferência ativa do doente na provisão de informações; o que é especialmente relevante na avaliação do candomblé e da umbanda, nos quais há um espaço ritualizado de encontro entre a mãe-de-santo e seu cliente. Nas descrições acerca de tratamentos religiosos ressalta a importância conferida à utilização de diferentes meios na representação e resolução do problema: a dança, a música, o embate de personagens (gente, espíritos, deuses e demônios). Por esses meios, os rituais encenam a história da doença, de modo a conduzi-la a um desfecho dramático.

> *Dirlene*: E aí me levaram na casa de um pai-de-santo. Quando chegou lá, nesse dia que eu levei, ela tava muda. Só que eu pelejava pra ela conversar, ela conversava baixinho. Aí quando ela olhou pro rapaz [o pai-de-santo], ela deu risada, mas deu tanta risada, depois ficou quieta. Aí ele disse: "por que você tá rindo? É por que tá vendo meu olho de cobra?" Aí eu mandei que ela perguntasse quem era que tava conversando com ela. O espírito que tava no homem. Chama até José. Ele disse que quem tava conversando com ele era o Exu Sete Facadas, e que era uma Padilha pirracenta que tava nela. Que mandaram do [outro] candomblé pra ela. Aí ele me pediu meio quilo de milho branco, 21 quiabo, folha de arueira, eu dei.

Os dramas encenados nos rituais deixam fortes marcas na memória e abrem caminho para uma reconstrução imaginativa da situação de aflição. Algumas das narrativas parecem incorporar o roteiro desenhado nestes rituais, guiando-se segundo seus temas e imagens dominantes; a maior parte, todavia, trafega por distintas possibilidades de se descrever e reorientar o problema, deixando transparecer um percurso complexo de idas e vindas por diferentes tratamentos e especialistas. Embora estejam atentos às diferenças entre as explicações e abordagens terapêuticas dos diversos grupos religiosos, muitos informantes tratam tais diferenças como variações de uma mesma perspectiva, a de encarar a aflição como resultado de relações rompidas, enfraquecidas e/ou a serem seladas entre pessoas, entidades e forças da natureza. Segundo essa ótica, o candomblé, o pentecostalismo e o espiritismo não se assentam sobre pressupostos de realidade contraditórios, mas sim sobre modos distintos de nomear e tratar os espíritos causadores da doença. Seja como batalha entre Deus e o Demônio, diálogo de fundo pedagógico entre médiuns e espíritos, revelação de um orixá ou construção de um compromisso de proteção e serviço entre este e

seu carnal, os rituais de cura revelam situações de ruptura de vínculos e trabalham no sentido de reconduzir o doente à inserção no contexto relacional do qual foi afastado ou voluntariamente se afastou.

Como um todo, o fato de que as pessoas do Nordeste de Amaralina freqüentemente transitem por diferentes serviços de cura mostra claramente como a doença e a cura são experiências construídas intersubjetivamente, não apenas porque os curadores têm de agir sobre as perspectivas dos pacientes e de suas famílias, mas também porque estes últimos estão continuamente negociando significados, tanto dentro quanto fora de quadros institucionais. Esta concepção da doença e da cura como realidades processuais expressa-se vividamente nas narrativas de doença.

Conclusão

As narrativas de doença mental do Nordeste organizam-se ao redor de temas-base, revelando formas próprias de abordar e lidar com o problema. Tais temas põem à mostra cadeias semânticas que remetem o sentido da doença a concepções genéricas acerca da natureza e espaço de atuação do *self*. Assim, no Nordeste, o conceito de loucura apóia-se sobre a idéia de que a identidade do sujeito vincula-se à sua posição em um campo estabelecido e hierarquizado de relações. Um 'eu' (*self*) responsável define-se por sua inserção em uma teia de relacionamentos, implicando obrigações diferenciais para com outros; um sujeito enfraquecido ou diminuído é, ao contrário, um ser deslocado. O adoecimento, então, consiste em um processo de ruptura de elos sólidos, que conectavam o indivíduo ao contexto, consiste na perda de lugar ou situação. Nas histórias, o acento recai sobre os processos, eventos e interações que obscurecem e marcam de ambigüidades o lugar do sujeito, conduzindo-o a um estranhamento de si. Doença significa perda de situação, e seu tratamento, ao menos no que toca ao trabalho de especialistas religiosos, é descrito como a construção de relações claras e bem delimitadas de reciprocidade, as quais enraízam o indivíduo em uma dada situação.

Encontram-se também nas narrativas informações relevantes acerca das relações sociais que compõem o quadro da doença, interferindo ativamente no modo pelo qual esta é definida, administrada cotidianamente e tratada. As histórias referem-se continuamente a essas relações, cujos participantes são personagens importantes do drama contado. No Nordeste, ressalta o papel dos vizinhos e parentes próximos (muitos deles também vizinhos) no desenrolar do problema: seu envolvimento e interferência é pronunciado. A doença, no bairro, é inevitavelmente um assunto público. Entretanto, as reações desenvolvidas ante o doente e sua família não são sempre positivas: muitas denotam rejeição, perseguição e até violência. Apesar de podermos identificar um certo núcleo de suporte que se organi-

za em torno do doente e sua família, não seria correto considerar este núcleo invariável, ou que as reações de seus componentes sejam desprovidas de ambigüidade.[7] Da mesma forma, nem sempre é possível classificar de modo inequívoco as reações como positivas ou negativas. Se a transmissão de informações contribui para a estigmatização do doente, também permite um acesso fácil a imagens e receitas prontas para interpretar e lidar com o problema. Suporte e rejeição parecem constituir, na verdade, as duas faces de uma mesma moeda, expressando o modo de convivência dominante em bairros de classe trabalhadora.

Notas

1 Trata-se do projeto Social and Cultural Landmarks for Community Mental Health in Bahia, Phase I: Signs, Meanings and Practices Related to Mental Health, realizado com o apoio do Hospital Douglas (Montreal) e finaciado pelo IDRC, Canadá. Este projeto fez parte de pesquisa de maior envergadura, desenvolvida também na Índia, Peru, Mali e Costa do Marfim; a metodologia original foi elaborada por Ellen Corin (Universidade de McGill) e Gilles Bibeau (Universidade de Montreal) e Elizabeth Uchôa. A equipe de coordenação do projeto na Bahia foi composta pelos professores Naomar Almeida Filho (investigador principal), Carlos Caroso Soares, Paulo César Alves e Míriam Cristina Rabelo (estes dois, responsáveis diretos pelo setor urbano da pesquisa).

2 Os registros comportamentais são: violência contra outros, violência contra si mesmo, ansiedade, depressão, isolamento, delírio e alucinação, alterações no discurso, comportamento bizarro, crises e convulsões, deficiência. Foram originalmente propostos pelo psiquiatra canadense H.B.M. Murphy, que os considerava categorias gerais de comportamentos-problema, úteis tanto do ponto de vista da psiquiatria (na composição de categorias diagnósticas) quanto do ponto de vista leigo (Murphy os considerava comportamentos sinalizados em todas as culturas e, portanto, universalmente válidos). Neste sentido, representavam instrumento importante para investigações de caráter transcultural. A utilização dos registros no projeto Social and Cultural Landmarkas for Community Mental Health, parte importante do desenho metodológico desenvolvido por Corin e Bibeau, foi motivada pela necessidade de se produzir um material que fosse, ao mesmo tempo, útil a profissionais da saúde mental e culturalmente sensível. Nesta pesquisa, os registros foram utilizados apenas para organizar as informações iniciais (as entrevistas exploratórias), não tendo posteriormente nenhum valor na análise das narrativas.

3 Pretende-se aqui apenas delinear algumas idéias que os informantes associavam ao nervoso, ao colocá-lo em oposição à loucura. Ver Duarte (1986) para uma discussão extensa sobre o 'código' do nervoso entre as classes trabalhadoras urbanas.

4 Para uma análise da construção do nervoso na experiência pessoal ver capítulo 7.

5 A comparação com os dados obtidos entre os moradores de classe média da Pituba é bastante interessante. Enquanto no Nordeste considerava-se a doença mental como comportamento anti-social, uma quebra de padrões de relacionamento moralmente sancionados, na Pituba se a considerava como comportamento a-social, apontando para a existência, fora do domínio da racionalidade socialmente estabelecida, de uma forma distinta de perceber e agir.

6 Para uma descrição mais detalhada sobre o internamento em hospitais psiquiátricos, ver o capítulo 5 deste livro.

7 Ver capítulo 3.

Referências Bibliográficas

CORIN, E. et al. La place da culture dans la psychiatrie africaine d'aujourd'hui: paramètres pour un cadre de référence. *Psychopathologie Africaine*, XXIV(2):149-181, 1992.

CORIN, E.; BIBEAU, G. & UCHOA, E. Elements of an anthropological semilogy of mental health: problems among Bambara, Soninke and Bwa in Mali. *Antropologie et Sociétés*, 17(1-2):125-156, 1993.

DUARTE, L.F. *Da Vida Nervosa nas Classe Trabalhadoras Urbanas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1986.

KLEINMAN, A. Depression, somatization and the new cross-cultural psychiatry. *Social Science and Medicine*, 11:3-10, 1977.

KLEINMAN, A. *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley: University of California Press, 1980.

LITTLEWOOD, R. & LIPSEDGE, M. *Aliens and Alienists*. London: Unwin Hyman, 1989.

RABELO, M.C.; ALVES, P.C. & SOUZA, I.M. The many meanings of mental ill-health among the urban poor in Brazil. In: HARPHAM, T. & BLUE, I (Eds.) *Urbanization and Mental Health in Developing Countries*. Aldershot -UK, Avebury, 1995.

2

Narrando a Doença Mental no Nordeste de Amaralina: relatos como realizações práticas[1]

Míriam Cristina M. Rabelo

Introdução

Antropólogos em campo estão acostumados a se defrontar com uma profusão de histórias contadas por seus informantes sobre os mais variados temas. São sagas coletivas que descrevem a história de um grupo por meio de suas conquistas e derrotas ou dramas pessoais, em que nascimento e morte, alegria e aflição marcam o fluir da vida. Geralmente, estas narrativas pertencem a gêneros culturais preestabelecidos, variando com o grau de padronização a que cada um destes gêneros está sujeito. Constituem, como um todo, fonte bastante rica de acesso à história e imaginário dos grupos estudados.

A antropologia médica utiliza-se amplamente de narrativas sobre casos de doença para obter informações sobre as práticas e o saber médico de um grupo. Para alguns autores (Corin et al., 1990, 1993), a coleta de narrativas sobre doenças revela nítidas vantagens sobre outras técnicas de coleta. Dado que o conhecimento médico não profissional não constitui um *corpus* abstrato de saber, mas encontra-se embebido em contextos de ação, é nestes contextos que tal saber deve ser apreendido pelo pesquisador. Assim, enquanto o questionário divorcia o conhecimento da situação de sua produção e utilização, as narrativas permitem que se mantenha este elo fundamental entre saber e contexto.

Embora boa parte dos estudos em antropologia médica faça uso de narrativas locais sobre doenças, pouco se tem refletido sobre o status dessas narrativas na constituição mesma da realidade da doença. Em particular, tem-se prestado pouca atenção à relação do narrador com sua fala. Tal relação apresenta-se por vezes de forma bastante simplificada: considera-se o narrador, debruçado sobre o evento passado da doença, como alguém que tem diante de si a opção de revelar o evento tal como vivenciado ou de ocultar dados ao seu ouvinte, de modo que cabe ao pesquisador certificar-se da sinceridade do seu informante e, portanto, da

confiabilidade das informações fornecidas. Nos trabalhos que seguem uma orientação semiótica estrutural, esta questão é esvaziada: quer escolha ser sincero ou não, o narrador atualiza em sua fala os códigos mais profundos que estruturam as concepções de doença e cura em sua cultura. Em ambos os casos, produz-se uma visão empobrecida do ato mesmo de narrar, descartando tanto a narrativa como fala, quanto o narrador como sujeito que tece uma história à luz de um projeto presente. No primeiro caso, porque se vê uma relação exterior da narrativa com os eventos sobre os quais se volta, constituindo graus de aproximação ou fidelidade aos fatos; no segundo, porque tanto o sujeito falante como o tema de sua fala – o desencadear de acontecimentos vividos – se esvanecem para deixar aparecer o invariante do discurso. Como conseqüência, o significado é imobilizado, quer como referência a uma realidade passada (portanto congelada, imutável), quer como indicativo de uma estrutura subjacente (também ela fixa).

Dizer que o significado de um discurso é dinâmico é recuperar a vinculação necessária entre o discurso e seu contexto de interlocução, que inclui um sujeito que se dirige para alguém e cuja fala é, em si mesma, uma resposta situada em relação a eventos, pessoas e outras falas. A semiótica de Peirce acena com essa idéia. Para este autor, o processo de significação ou semiose envolve uma relação triádica entre objeto, signo e interpretante, segundo a qual o signo representa o objeto para um terceiro, justamente seu interpretante. O signo, diz Peirce, "é qualquer coisa que está relacionada a uma segunda coisa, seu objeto, com respeito a uma qualidade, de modo a trazer uma terceira coisa, seu interpretante, para uma relação com o mesmo objeto..." (Peirce apud Santaella, 1995:29).[2] Algumas idéias relevantes para o presente argumento podem ser extraídas dessa concepção.[3] Em primeiro lugar, na medida em que conduz ao interpretante, o signo não é simplesmente um nome ou uma designação para objetos (seja como for que definamos essa categoria). Tampouco apresenta-se, em sua relação com a idéia ou conceito que suscita, desatrelado do mundo vivido, pois signo e interpretante dialogam sobre o objeto (Wiley, 1994). Em segundo lugar, a noção de tríade introduz tensão e movimento onde há, na semiótica estrutural, uma relação fixa entre significado e significante. Permite-se, assim, recuperar a importância do contexto de uso no processo de significação, pois o sentido dos signos atrela-se (ao menos parcialmente) à sua utilização por um intérprete em uma situação dada (Rodrigues, 1991). Peirce ilustra bem este ponto no seguinte trecho:

> *Imagine que acordo numa manhã antes de minha mulher e que quando ela acorda me pergunta: "Que tempo está hoje?" Isto (esta pergunta) é um signo cujo objeto imediato (o objeto tal como é expresso) é o tempo que está neste momento, mas o seu objeto dinâmico é a expressão que devo ter tido ao olhar através das cortinas da janela; e o seu interpretante imediato (ou interpretante tal como é expresso por este signo) é a qualidade do tempo, mas a sua interpretação é a sua respos-*

ta à minha pergunta. Mas, além disso, há um terceiro interpretante. O interpretante imediato é aquilo que esta pergunta exprime, tudo aquilo que ela exprime imediatamente. O interpretante dinâmico é o efeito real que esta pergunta surte em mim, que sou seu intérprete. Mas o sentido derradeiro, ou interpretante final, último, é aquilo que minha mulher tinha em vista, ou aquilo que era a sua intenção ao fazer-me a pergunta, qual seria o efeito que a minha resposta teria tido para os seus projetos acerca desse dia. (Peirce apud Rodrigues, 1991:96)

A abordagem de Peirce oferece pistas valiosas para o estudo das narrativas no âmbito das ciências sociais. Nos trabalhos de autores filiados ao interacionismo e à etnometodologia, encontramos uma formulação sociológica para algumas das questões apontadas na semiótica peirciana. Neste capítulo, retomam-se essas questões na análise de narrativas de doenças. Mais especificamente, discutem-se as histórias de doença produzidas por mulheres, moradoras do Nordeste de Amaralina, que têm filhos identificados no bairro como 'malucos' ou pessoas que sofrem de 'problema de cabeça'.

NARRATIVAS E CONSTRUÇÃO SOCIAL DA REALIDADE

Duas posições são bastante comuns no estudo dos relatos orais: a primeira considera que tais relatos cumpram uma função meramente referencial, apontando para uma seqüência de eventos e objetos do 'mundo real'. A segunda, partindo de uma crítica radical da pretensa correspondência entre discurso e coisas, vê os relatos assentados em categorias subjacentes, ordenadoras de modos específicos de perceber e lidar com o mundo. Apesar das nítidas diferenças, essas duas abordagens têm em comum o pressuposto de que ambos, eventos e categorias, pertencem a um nível de realidade superior ao discurso que os expressa. Contra tal pressuposto, alguns autores têm insistido na imbricação necessária entre discurso e ação: mais do que referir-se a algo que existe para além de si mesmo, o discurso produz efeitos concretos sobre a realidade presente que os indivíduos vivenciam.

Os estudos de Goffman (1974) sobre interação ilustram bem esta posição. Ao se voltar para a análise das falas que os atores produzem para dar conta de eventos passados, Goffman observa que não se trata, em geral, de meras descrições de fatos ocorridos, mas de versões encenadas pelos sujeitos em um contexto de interação. Constituem o que o autor chama de *replays*, reconstruções dos eventos que visam a envolver uma audiência e nela produzir uma orientação específica diante do narrador. Para tal, este faz uso de uma série de recursos teatrais mediante os quais se aproxima ou se afasta dos eventos contados.

De central importância nos *replays* é a capacidade do ator de dissociar seu 'eu' em diferentes partes ou papéis: o sujeito responsável pela informação prestada, comprometido pessoalmente com seu significado; o mero animador do dis-

curso, aquele que empresta sua voz para a transmissão de determinados conteúdos; e o 'eu' protagonista da história narrada, com o qual o sujeito da fala já não precisa mais estar identificado. A possibilidade de jogar com estas diferentes partes – por exemplo, falar de si com um olhar distante ou situar-se como mero animador de uma fala sem estar pessoalmente comprometido com seu conteúdo – permite ao ator negociar seu envolvimento e responsabilidade perante os fatos narrados, bem como conduzir seus ouvintes a uma postura de cumplicidade e simpatia. Assim, insiste Goffman, pensar a fala como mero ato de produzir de informações sobre o passado é simplificar um processo em que está em jogo mais do que a disposição do ator para ser sincero ou falso com relação aos eventos ocorridos: as falas constituem ações sociais por excelência, e não apenas descrições de segunda mão.

A idéia de que o discurso e, em particular, as narrativas embebem-se de uma dimensão de ação tem sido enfatizada nos trabalhos de vários autores de orientação etnometodológica (Garfinkel, 1967; Sacks, 1974; Turner, 1974; Lee, 1991). O conceito de indexicalidade desenvolvido por Garfinkel (1967) representa contribuição importante neste sentido. Segundo o autor, a ação social é resultado da combinação entre um ato e a atribuição de um padrão a este ato. Nesta perspectiva, o elo entre ato e padrão não pode ser dado *a priori* por estruturas normativas internalizadas. Constitui, antes, uma realização dos atores em cada instância particular, à medida que elaboram relatos para explicar o que se passa à sua volta. Produzindo relatos que apresentam os eventos como (se fossem) expressão de um padrão preexistente, os atores tornam o mundo inteligível e passível de ser administrado. Os relatos dão sentido aos eventos e legitimam certos modos de agir diante deles, uma vez que se nos apresentam como instâncias ou documentos de um padrão, modelo ou código preexistente (e, portanto, compartilhado). Também alimentam a crença na realidade objetiva, apriorística, dos padrões, modelos ou códigos, visto que apontam para sua realização nas instâncias individuais. Deste modo, podemos dizer que a manutenção de uma atitude de familiaridade em face do mundo da vida cotidiana e, particularmente, do senso de cumplicidade com os outros que caracteriza tal atitude (chamada por Schutz de atitude natural) repousa largamente na construção e no desempenho de relatos. As narrativas que os indivíduos produzem não são um reflexo imperfeito de coisas que viram e fizeram, tampouco um mundo fechado sobre si mesmo de idéias ou representações: são, antes, um meio significativo pelo qual organizam sua experiência no convívio com outros. Narrando eventos vividos, os indivíduos criam um campo para a ação coletiva: os eventos tal qual narrados postulam certas identidades e impelem os atores participantes da situação da fala a tomar posições condizentes com o estado de coisas apresentado.

Tratar relatos como instâncias de ação significa, em larga medida, vincular o significado ao contexto de sua produção. O discurso não é expressão de uma subjetividade isolada, mas uma tomada de posição em um campo interativo. Como insiste Bakhtin em seus estudos sobre a novela, para captar o sentido de um discurso é preciso recuperar o contexto dialógico em que se situa, isto é, sua

relação com outras vozes atuantes neste contexto (Bakhtin, 1981; Gardiner, 1992). Não raro, a construção de uma determinada versão dos eventos se dá sobre o pano de fundo de versões discordantes, que brotam nos interstícios do texto, como interlocutores ou oponentes a quem este busca responder.

Tais questões são particularmente relevantes para a compreensão de narrativas sobre doenças. Para o sofredor e os membros do seu círculo mais imediato, usualmente seus familiares, a experiência da doença implica desordem: modos rotineiros de lidar com o meio e com os outros tornam-se impraticáveis e mostram-se ineficazes para atender à nova situação. No limite, rompe-se uma atitude de aceitação acrítica do mundo. Põe-se em cheque a possibilidade de se sustentar uma imagem positiva perante os outros, bem como de garantir a disposição destes de seguirem interagindo com a pessoa com base nessa imagem. Neste contexto, o sofredor e seus familiares são mobilizados a impor alguma ordem sobre a experiência perturbadora, a transformá-la em algo com que possam lidar ordinariamente como parte dos seus afazeres e, assim, reabsorvê-la no mundo não questionado da vida cotidiana. Se bem-sucedido, tal esforço normalizador conduz a uma reorientação da conduta dos outros, uma renovação do compromisso de agir em relação ao doente e sua família como se a definição da situação por eles pleiteada correspondesse ao estado natural das coisas. Para estes últimos, está em jogo a possibilidade de reconduzir a situação de ruptura e desordem. As narrativas que elaboram sobre o evento da doença almejam justamente isto: reconstruir a experiência vivida como expressão de um padrão, que a um só tempo explica esta experiência e legitima certos papéis e práticas para se lidar com a situação.

No caso da doença mental, o trabalho de reconstrução narrativa envolve, muitas vezes, uma tentativa velada de anular os efeitos corrosivos do rótulo de louco sobre a própria identidade do doente. Na doença mental, o eu (*self*) e a enfermidade ameaçam fundir-se irremediavelmente: mais do que adição de um atributo negativo, a doença surge como subtração de uma qualidade moral do eu. Assim, se por um lado o ingresso no papel de doente permite transformar o desviante em vítima merecedora de cuidados, por outro, pode levar muito rapidamente a uma desqualificação do seu status moral. No Nordeste de Amaralina, mães de pessoas com problemas mentais negociam entre estas duas opções: debatem-se para atestar a normalidade dos filhos tanto quanto buscam garantir para eles, e para si mesmas, compreensão e tolerância dos vizinhos.

Histórias de Doença no Nordeste de Amaralina

Como já observado, no Nordeste de Amaralina, é no âmbito da família que se tomam as principais decisões e se desenvolvem estratégias para lidar com as pessoas que sofrem de problemas de saúde mental. Na maior parte das famílias, a responsabilidade pelo doente está a cargo das mães: são elas que administram os

cuidados diários e dão a última palavra no que diz respeito à escolha de tratamento. As histórias contadas por mulheres com filhos doentes estão repletas de casos sobre noites sem dormir para atender às demandas do doente, visitas fracassadas a vários centros de tratamento, brigas com vizinhos causadas comportamento 'desviante' dos filhos.

Se as mães carregam o peso do cuidado e responsabilidade, dificilmente, no entanto, conseguem manter o caso restrito ao âmbito da família. A proximidade das casas e a profusão das redes locais de amizade e parentesco – que se imbricam e entrecruzam – trazem como conseqüência inevitável o envolvimento dos vizinhos no drama da doença, quer como prestadores de ajuda e apoio, quer como veiculadores de informações e estigma (Souza, 1994). Mais do que qualquer outra enfermidade, a doença mental afeta sobremaneira a dinâmica social da vizinhança. Reter o doente no espaço reduzido da casa e, portanto, evitar que ele se envolva em incidentes com os vizinhos é, em geral, tarefa árdua. Muitos 'malucos' acabam se transformando em personagens do bairro, ora temidos, ora ridicularizados, perseguidos pelas crianças e evitados por adultos temerosos. Em suas narrativas, as mães respondem aos estereótipos que orientam tais reações, revisando habilmente a biografia dos filhos, de modo a reconstruir-lhes a identidade em termos mais favoráveis. Muito se perde quanto ao sentido destes relatos quando não se leva em consideração sua qualidade de resposta, isto é, de parte inserida em um diálogo mais amplo.

Evitar o estigma e suas conseqüências danosas para o eu é, sem dúvida, o objetivo implícito que orienta a maioria das narrativas. Em alguns casos, a doença é negada mediante relatos normalizadores; em outros, é afirmada como fruto de um esforço para garantir o direito a reações positivas por parte dos outros. Longe de serem excludentes, tais estratégias freqüentemente se combinam em uma mesma história.

> *Rosário, sobre a filha Adélia*: Ela sabe que ela não é maluca, que ela lê tudo, ela gosta de tomar banho, gosta de andar limpa, gosta de um perfume. Você gosta de tudo que é bom, "é sim". Ela sabe que não é maluca, ela diz que "maluco não anda assim, não". Aí ela se aborrece, os menino vai tudo atrás. É lugar de fraco, lugar de pobre, têm muitos meninos na rua, né. Aí os menino começa: "maluca, maluca!" Aí ela pega uma pedra, pega uma pedra, aí eles vão tudo atrás. Chega adiante, encontra mais de não sei quantos, aí acompanha. Aí ela ruma pedra ni um, ruma pedra no outro. Aí cria um problema sério.

> *Rosário, sobre a filha Adélia*: Uma vez mesmo a polícia pegou ela aí e ela... Os menino começa a perseguir ela, chama ela de maluca, ela diz que não é maluca, então, tome pedra nos menino. Os menino toma nela, às vez não pega nos menino, pega num adulto. Uma vez mesmo pegaram ela, levaram lá pro Juliano. Eu num tava em casa, quando eu cheguei é que fui buscar. Chegou lá, a assistente social disse pra mim que tava me

esperando chegar lá, que tinha certeza que eu ia pegar ela. Aí disse pra mim que ela não era nada de maluca. Maluco era o policial, que os menino perseguia ela, ele, de reclamar com os menino, pegava ela, levava pra lá. [A assistente social] disse que ia mandar trazer de volta, que ia mandar trazer de volta. Ela não era maluca não. "Leve sua filha, que sua filha não é nada de maluca".

D. Rosário é mãe de Adélia, uma das 'doidas' mais famosas do Nordeste, conhecida como Mexe-Mexe por suas incursões freqüentes à rua e comportamento extremamente violento. Enquanto a comunidade ressalta as constantes e violentas romarias de Adélia pelo bairro, pelas quais lhe atribui o rótulo de "doida de jogar pedra", Rosário, ao relatar o caso da filha, reconfigura o problema a partir de outro sintoma: as convulsões das quais Adélia era vítima desde os quinze anos. Inquirida sobre a relação de Adélia com as pessoas do bairro, Rosário mais uma vez reverteu os termos nos quais a história da filha é usualmente contada: a violência de Adélia não é prova de falta de razão, mas sim uma resposta perfeitamente racional às investidas das crianças. A irracionalidade está na dinâmica social do bairro, "lugar de fraco", onde as crianças passam o dia na rua e os pais não exercem o papel de educadores.

O episódio com a polícia tem um papel importante na construção do argumento. Nele, a idéia de que Adélia não é louca não é mais a opinião da narradora, mas avaliação feita por outrem, que Rosário não faz mais do que proferir ou animar, para usar a terminologia de Goffman. Mais importante ainda, o personagem a quem Rosário empresta a voz é um outro autorizado, funcionário qualificado de uma instituição psiquiátrica, que, neste caso, sabe mais do que qualquer um do bairro – até do que a própria polícia. Enunciada pela assistente social, a normalidade de Adélia torna-se fato. Em sua discussão sobre atos de fala, Hill & Zepeda (1992) apontam para as conseqüências estratégicas de se transferir, do quadro interativo presente para o quadro da história narrada, o argumento principal que se busca defender. Com base nas idéias desenvolvidas por estas autoras, podemos dizer que, ao transportar a assertiva da sanidade mental de Adélia do campo interativo presente – envolvendo Rosário, a narradora, e sua audiência – para o campo da história ou caso passado – envolvendo Rosário, a personagem, e os outros com quem interagiu –, Rosário torna difícil a contestação ou questionamento, no presente, de tal assertiva. Ao dar voz a pessoas qualificadas, reforça ainda mais seu ponto de vista. Deste modo é que, mais adiante, narra um encontro da filha com a médica, em que esta se surpreende com a capacidade de Adélia de responder prontamente a todas as perguntas que lhe são feitas. Pairando no ar, permanece a pergunta que dá o tom do seu relato: pode alguém assim ser legitimamente tachada de louca?

Paralelamente a este argumento normalizador, Rosário desenvolve a idéia de que Adélia tem uma doença – foco – cujos sintomas principais são as convulsões. Várias outras mães postulam o mesmo papel de doente para seus filhos-problema:

Rosário, sobre Adélia: O problema dela é esse que eu lhe disse... foco. Mas a pessoa pode ficar boa de foco, é só tomar o remédio nas hora certa, que fica boa.

Carmen: Eu pensei que fosse epilepsia, mas...
Entrevistador: E o que é que você sabia sobre epilepsia?
Carmen: Que a epilepsia é uma doença que baba, que, sei lá, a pessoa fica tendo... que eu já vi o rapaz dando crise, um colega meu que tem ali embaixo. Ele sempre dá. Mas eu achei diferente porque ele [o filho] não baba. E o rapaz que eu vi, que tem essa doença, ele baba. (...) [A doutora disse] "Ói, seu filho tá com um pequeno foco". Aí eu: "e o que é isso?" Ela me explicou que era uma coisa que dava assim no cérebro, sabe? Mas que era uma coisa que, com o tempo, com a medicação assim certinha, que sumia. Aí eu fiquei mais tranqüila. Aí eu perguntei pra ela de que poderia ter sido provocado. Ela disse: "deve ter sido alguma pancada que ele tomou quando pequeno, às vezes você não viu". Perguntou quem tomava conta dele, como foi o parto dele.

Damiana, sobre o filho Nando: Eu não sei lhe explicar o que é foco. É um problema que no... exame, eu vejo assim. Não sei o que, pariental direito, só do lado direito que acusou. Mas eu, conversando com as pessoas, me disseram que o foco não é nada demais, não é uma doença ruim. O foco é uma veia que faz parte do cérebro que entope. E como através do medicamento, [se] a gente for dando certinho, com o tempo ele vai desmanchando, que é o sangue, né, que entope, é, deve ser o sangue. Aí com o tempo do medicamento ele vai dissolvendo, né? Vai virando, tornando um líquido normal e vai melhorando.

Em um primeiro plano, pode-se observar que o diagnóstico de foco é traçado por contraste ao de epilepsia e que o contraste repousa nos signos: em ambas as doenças se verifica convulsão, mas a baba é signo diferenciador da epilepsia. Entretanto, ao desenvolver tal raciocínio, as mães não estão simplesmente operando uma classificação fria dos signos em sintomas e destes em enfermidades nomeadas: buscam afastar, por intermédio de uma seleção de traços comportamentais, o estigma ligado à epilepsia, ainda bastante forte na classe trabalhadora. A epilepsia marca o doente para o resto da vida, é tida como doença contagiosa que desencadeia uma série de reações negativas por parte dos outros. O foco, por sua vez, é apresentado como uma doença 'neutra', curável. A descrição de Damiana é bem ilustrativa neste sentido: ao explicar o problema do filho como resultante da obstrução de uma veia, ela conduz os ouvintes a visualizarem a reversão deste estado. Desatrela-se, assim, a doença da identidade de Nando.

Como tantas outras mães de crianças com problemas, Damiana vê nítidas vantagens em garantir ao filho o status de doente. O pequeno Nando é conhecido no bairro como criança violenta e incontrolável: está sempre na rua, anda nu e demonstra um interesse sexual precoce, agride as outras crianças e revela total

desrespeito pelos adultos. De certa maneira, o comportamento moralmente condenável de Nando põe em questão o desempenho de Damiana como mãe. O seu ingresso no papel social de doente exime ambos – Nando e Damiana – da responsabilidade pelas falhas morais cometidas, legitimando suas expectativas quanto a um tratamento tolerante e compreensivo por parte dos outros. Entretanto, é igualmente importante para Damiana evitar que a identidade de doente conduza à atribuição do rótulo de maluco a seu filho, pois isso implica danos ao próprio eu.[4]

O diagnóstico médico de foco tem papel fundamental na construção do seu argumento. Transformado em categoria popular, o foco é apresentado como doença da cabeça, assim como pneumonia é doença dos pulmões e pressão alta é doença do sangue e do coração. Isso significa que o problema de Nando é similar a qualquer outra doença: afeta apenas uma parte do corpo (como os exames médicos comprovam) e pode ser tratado com remédios. D. Rosário elabora argumento semelhante para explicar o problema da filha. Descrevendo o foco como uma condição temporária que pode ser revertida pelo uso de medicamentos, ela busca, a um só tempo, manter intacto o status de pessoa de Adélia e assegurar-lhe o papel de doente.

A possibilidade de combinar várias vozes no quadro da narrativa contribui para fortalecer o argumento. Ao fazer uso do discurso indireto, o narrador difunde para outros a responsabilidade pelo conteúdo do que é dito, mantendo-se no papel de mero transmissor de informações adquiridas. Longe de significar uma anulação de si perante os fatos, ser o informante neutro é engajar-se ativamente na construção de uma posição por vezes bastante vantajosa. Posicionando-se como narradoras isentas, enquanto colocam as principais assertivas sobre o estado dos seus filhos na boca de personagens dotados de autoridade legitimada – o médico, por exemplo –, as mães transformam tais assertivas em fato.

Se o ingresso no papel de doente exime seu ocupante – e aqueles de quem, em certa medida, é uma extensão moral – de culpa pelo comportamento desviante, não resolve de todo, porém, a questão da responsabilidade. Isso porque a idéia de que o foco pode ter origem em uma pancada na cabeça ou queda coloca em suspeita o desempenho dos pais: tais 'acidentes' podem apontar para a negligência ou o excesso de violência, ambos moralmente condenáveis. Em diversas narrativas produzidas pelas mães entrevistadas, a atribuição de causalidade vê-se marcada pelo esforço de negociar a questão-chave da responsabilidade:

> *Cleide, sobre o filho*: Não sei, não tenho idéia do que possa ser... Porque ele não tomou queda quando era pequeno. Na minha mão, nunca tomou queda. Quando ele era pequeno, não deixava nem em cama assim, em cama alta, botava sempre no chão, em uma esteira, numa coisa assim no chão, pra evitar de cair. Ao não ser jogando com um amigo, que ele jogou muita bola... Ele gosta muito de esporte, de bola, né, ia pro colégio fazer física de manhã cedo, no colégio. A não ser na rua... não sei na rua.

Cleide enfatiza o cuidado e dedicação que sempre dispensou ao filho, opondo o ambiente ordeiro e protegido da casa, sobre o qual tem direta responsabilidade, ao domínio incerto da rua, por cuja dinâmica não tem de responder: se algo sucedeu à criança, só pode ter sido neste último domínio. Carmen, por sua vez, relata uma entrevista com a médica em que esta levanta a hipótese de que seu filho possa ter caído sem que ela tenha tido conhecimento: "perguntou quem tomava conta dele". Mais adiante completa:

> Eu parava e pensava: "meu Deus, eu sempre tive cuidado com ele". Só meu problema que eu larguei ele com dois meses e pouco para ir trabalhar. Mas quem tomava conta era minha mãe.

Neste trecho, Carmen logra distribuir ou dispersar a responsabilidade pela doença chamando atenção para o contexto: se o seu desempenho como mãe não foi dos melhores, a culpa – ao menos em parte – deve-se aos limites impostos pela própria situação. De um comentário sobre sua atuação individual como mãe passa, sutilmente, a uma avaliação das circunstâncias que a obrigam a exercer o papel de mãe. O relato já não está mais centrado no exame de qualidades e feitos individuais; seu eixo foi deslocado para um exame do contexto social. Elabora-se assim o que Goffman (1974) chamou de 'história triste': uma revisão cuidadosa da biografia em que as discordâncias entre fatos vividos e valores sociais apresentam-se fora da responsabilidade do sujeito. Relatando a eclosão da doença de seus filhos, muitas mães constroem histórias tristes em que se constituem como personagens impotentes em face das adversidades da vida:

> *Rosário*: quer dizer que ela desde pequena já vinha com problema, né. Eu num procurei ver isso, que eu num tinha nem tempo. Era uma vida muito agitada... o pai me deixou com os filho, né. Eu sozinha pra criar, botar no colégio... Todo mundo. Depois peguei, botei na casa da minha mãe, ainda nesse tempo tinha minha mãe, ela olhou, tomou conta, eu sempre trabalhando ni restaurante... trabalhando nas casa de família. (...) E mandava qualquer trocadinho, nessa agitação. Não ligava pro outro lado, né. Que quando a pessoa, o pai, tem responsabilidade, que sempre fica rente com a mãe, a mãe procura cuidar dos filho direitinho, procura ver o que é que os filho precisa. Mas quando a pessoa passa a ser mãe e pai, né...

> *Joana*: Eu tava esperando [ele nascer] no meio da semana e foi logo na terça-feira que ele nasceu. Aí pronto, aí ele se assustou, né, pronto, ficou dor aqui, dor ali, ficou com esse problema. (...) Porque eu vejo aí, hoje em dia, tanta coisa pra uma criança nascer perfeita, que os pais não devem fumar, os pais não devem beber, os pais não devem brigar, né. A gente não brigava, mas eu era muito preocupada com meu trabalho, aquela coisa assim, de num me tocava se eu tivesse sentindo uma coisa nem nada e eu parar...

A história triste permite ao narrador preservar uma imagem positiva de si, com base na qual pode negociar um realinhamento da posição dos outros. O drama narrado por mães como Rosário e Joana, centrado no conflito entre a necessidade do trabalho e o dever de mãe, é comum a quase todas as mulheres de classe trabalhadora, tenham ou não filhos doentes. O caráter intercambiável do papel do personagem central da história, isto é, a possibilidade de que qualquer outra mulher pudesse estar em tal papel, cria uma cumplicidade entre narrador e ouvintes que garante, ao menos potencialmente, reações de piedade e compreensão. É interessante sublinhar que não é apenas pelo conteúdo da história contada que as duas narradoras afastam de si a responsabilidade pela doença dos seus filhos; logram-no também pelo próprio recurso narrativo. O fato de que o eu que narra a história e o eu que a vivenciou no passado (agora transformado em personagem) já não são mais a mesma pessoa torna problemática a imputação da culpa ao primeiro, diluindo, assim, a responsabilidade pelos distintos níveis em que o argumento é desenvolvido.

CONCLUSÃO

A análise dos processos narrativos pelos quais os indivíduos reconstituem experiências de aflição mostra-nos que a doença não pode ser tratada como resultado de uma associação mecânica entre signos e sintomas, segundo a operação de modelos culturais internalizados (Alves & Rabelo, 1994). Constitui, ao contrário, uma realização sempre renovada dos indivíduos em contextos interativos específicos. Isso significa dizer que entre o modelo e a experiência não existe uma relação intrínseca, universal: o modelo que explica os sinais de uma experiência singular é, antes de mais nada, aquele que os indivíduos logram construir ou apresentar como explicação para esta experiência. Ao menos em parte, é mediante a elaboração de narrativas que tal construção se realiza. Dizemos em parte porque, em última instância, é no campo interativo, em um embate de diferentes vozes, que se define o status de uma narrativa como discurso dotado de autoridade. Ao narrar um problema, caracterizando-o como doença, os indivíduos fazem mais do que apontar para fatos consumados: tecem em torno de si os fios de uma realidade em que buscam habilmente envolver os outros. Transformando-se em personagens, falando através de outros autorizados e mantendo-se no papel de narradores isentos, enquanto o argumento que defendem se desenvolve no plano da história, negociam responsabilidade, definem identidades e pleiteiam o direito a determinados tratamentos. Recuperando a concepção triádica da semiótica de Peirce, podemos dizer que as narrativas funcionam como signos por meio dos quais os indivíduos se voltam para a experiência ou trajetória passada de aflição (objeto), conferindo-lhe ordem à luz de um projeto (interpretante). O interpretante relaciona-se ao estado

de coisas futuro que se deseja alcançar, pondo em movimento a narrativa sobre a doença. Poderíamos, também, dizer que remete à abertura para possibilidades futuras de lidar com o problema que se expressa na maioria das narrativas.

Por fim, cabe mais um comentário sobre as narrativas de doenças. Se, ao reconstruir a história dos filhos, mulheres como Rosário, Damiana e Carmen buscam ajustar os eventos vividos a um padrão socialmente reconhecido, nem sempre logram produzir um relato monolítico. Assim é que, ao longo de suas narrativas, abrem-se brechas no argumento elaborado, como se os autores vacilassem e subitamente recomeçassem a história a partir de outro ângulo, deixando entrever aos seus ouvintes o processo mesmo de elaboração do sentido. Estes cortes e ambigüidades parecem revelar uma tensão permanente, não resolvida, entre o padrão que se busca impor e uma experiência que não se ajusta perfeitamente a tal padrão. Conforme diz Good (1993), este caráter aberto das narrativas de doenças deve-se ao fato de que muitas delas relatam uma experiência que ainda está em processo, continuamente adquirindo novos contornos. Pode-se dizer, então, que as narrativas tanto constituem uma tomada de posição diante de uma experiência vivida, quanto oferecem um comentário sobre as dificuldades de sustentar tal posição, não apenas perante os outros, mas também perante si próprio. Colocando à mostra o trabalho de explicar a aflição, de ajustá-la a um modelo estabelecido, as narrativas apontam para a fluidez das nossas construções de sentido. Peirce já acenava com esta idéia ao conceber a semiose como processo dinâmico, sempre renovado e, portanto, também sempre incompleto.

Notas

1 Este capítulo é uma versão modificada de trabalho apresentado no XVIII Encontro Anual da Anpocs (1994), no GT Corpo, Pessoa e Doença.

2 Outra definição de Peirce: "Um signo ou *representamem* é uma coisa qualquer que está para alguém em lugar de outra coisa qualquer sob um aspecto ou a um título qualquer. Dirige-se a alguém, isto é, cria no espírito desta pessoa um signo equivalente ou talvez um signo mais desenvolvido. A este signo que ele cria dou o nome de interpretante do primeiro signo. Este signo está em lugar de qualquer coisa: do seu objeto. Está em lugar deste objeto, não sob todos os aspectos, mas em referência a uma espécie de idéia que por vezes tenho dado o nome de fundamento do *representamem*" (Peirce, apud Rodrigues, 1991:90).

3 Não pretendo desenvolver aqui um exame rigoroso da semiótica de Peirce, senão explorar algumas de suas implicações analíticas para o estudo das narrativas em antropologia e sociologia.

4 O caso de Nando é discutido com detalhe no capítulo seguinte.

Referências Bibliográficas

ALVES, P.C. & RABELO, M. Processos de interpretação na experiência da enfermidade. Trabalho apresentado na XIX Reunião da ABA, Niterói, 1994. (Mimeo.)

BAKHTIN, M. *The dialogic imagination: four essays by M. M. Bakhtin.* In: HOLQUIST (Ed.) Austin: Austin University Press, 1981.

CORIN, E.; BIBEAU, G. & UCHOA, E. Éléments d'une sémiologie anthropologique des troubles pschiques chez les Bambara, Soninké et Bwa du Mali. *Anthropologie et Sociétés,* 17(1-2): 125-156, 1993.

CORIN, E. et al. *Comprendre pour Soigner Autrement.* Montréal: Les Presses de L'Université de Montréal, 1990.

GARDINER, M. *The Dialogics of Critique: M. M. Bakhtin and the theory of ideology.* London: Routledge, 1992.

GARFINKEL, H. *Studies in Ethnomethodology.* New Jersey: Prentice Hall, Inc., 1967.

GOFFMAN, E. *Manicômios, Prisões e Conventos.* São Paulo: Perspectiva, 1974 .

GOOD, B. *Medicine, Rationality and Experience.* Cambridge: Cambridge University Press, 1993.

HILL, J. & ZEPEDA, O. Mrs. Patricio's trouble: the distribution of responsability in an account of personal experience. In: HILL, J. & IRVINE (Eds.) *Responsability and Evidence in Oral Discourse.* Cambridge: Cambridge University Press, 1993.

LEE, J. Language and culture: the linguistic analysis of culture. In: BUTTON, G. (Ed.) *Ethnomethodology and the Human Sciences.* Cambridge: Cambridge University Press, 1991.

RODRIGUES, A.D. *Introdução à Semiótica.* Lisboa: Editorial Presença, 1991.

SACKS, H. On the analysibility of stories by children. In: TURNER, R. (Ed). *Ethnomethodology: selected readings.* Hardmondsworth, Middlesex: Penguin Education, 1974.

SANTAELLA, L. *A Teoria Geral dos Signos: semiose e autogeração.* São Paulo: Ática, 1995.

SOUZA, I. Redes sociais e suporte social. Trabalho apresentado na XIX Reunião da ABA, Niterói, 1994. (Mimeo.)

TURNER, R. Words, utterances and activities. In: TURNER, R. (Ed.) *Ethnomethodology: selected readings.* Hardmondsworth, Middlesex: Penguin Education, 1974.

WILEY, N. *The Semiotic Self.* Cambridge: Polity Press, 1994.

3

Na Trama da Doença: uma discussão sobre redes sociais e doença mental

Iara Maria A. Souza

Introdução

Por certo tempo pensou-se que a doença pertencesse ao reino da natureza ou fosse mera condição biológica, fazendo parte, portanto, do domínio das ciências biológicas. Insurgindo-se contra tal tendência, a antropologia médica tem procurado demonstrar que a aflição, a doença, o corpo são realidades profundamente imersas em domínios culturais e contextos sociais particulares. Qualquer que seja sua natureza, seu substrato biológico ou psicológico, a doença se integra à experiência humana e se torna objeto da ação humana como uma realidade construída significativamente.

Definir e explicar uma experiência de aflição, dotá-la de sentido, envolve atos de interpretação, que não são redutíveis nem à mera projeção de significados subjetivos, nem a uma reprodução dos significados já previamente dados na cultura. Tentar conferir uma ordem à ameaça de desordem que acompanha a enfermidade é um processo que se desenrola em um mundo compartilhado com outros, composto de uma pluralidade de vozes com as quais se dialoga, negocia, debate, para produzir definições e modos de manejar a doença.

O aparecimento de uma doença mental consiste em uma situação problemática que põe em movimento um complexo processo social para se lidar com ela e, ainda que este processo se possa iniciar pelo indivíduo em aflição, na maioria das vezes se desencadeia pelos membros de suas redes de relações, que, percebendo algumas alterações nos modos de interação social rotineiros, definem tais perturbações no comportamento como resultado de problema mental e, partindo desta definição, (re)orientam suas ações para com o indivíduo.

Neste sentido, o aparecimento de um problema mental pode ser pensado tanto como fenômeno individual, quanto fenômeno de rede social. As redes de interações que cercam o indivíduo influenciam na definição da situação, na percepção de que alguma coisa está errada, nas escolhas entre as distintas agências

de cura e na avaliação dos resultados das ações terapêuticas levadas a cabo (Pescosolido, 1992). Além disso, lidar com um problema mental pode reafirmar, criar ou mesmo destruir determinadas redes sociais, bem como pode modificar a trajetória da vida social não só do indivíduo que apresenta o problema, mas também daqueles que estão envolvidos com ele.

O estudo das redes sociais que se mobilizam em torno de um problema mental é, portanto, um dos pontos essenciais para compreensão da construção do problema mental em contextos sociais específicos. Este artigo discute os processos mediante os quais as concepções e práticas relativas à doença mental se criam e recriam continuamente com base nas interações que os indivíduos estabelecem com pessoas pertencentes às suas redes de relações sociais. Ao longo da discussão, procura-se analisar alguns pressupostos teórico-metodológicos presentes em grande parte dos estudos sobre redes sociais.

Contudo, importa esclarecer que o presente trabalho não é propriamente um (ou mais um) estudo sobre o tema, destinado a replicar o que tem sido realizado na área. Tampouco propõe uma nova forma ou modelo de aplicação do conceito. O que aqui temos é um diálogo com a literatura e uma discussão de alguns dos seus princípios teóricos e metodológicos; deste modo, este artigo consiste, antes de tudo, em uma tentativa de refletir sobre aspectos que tendem a ser negligenciados nos trabalhos sobre redes sociais, na contracorrente dos estudos mais recentes sobre o tema. Há uma tendência muito forte à quantificação nessa área, e, embora estejamos cientes das preocupações dos pesquisadores com a resolução de problemas relativos à operacionalização dos conceitos e sua tradução em variáveis quantificáveis, consideramos que a reflexão sobre seus pressupostos ainda carece de maior atenção.

Diferentemente de outros estudos, adota-se aqui uma abordagem qualitativa, pois, como se verá mais adiante, as pesquisas que se apóiam exclusivamente em dados quantitativos dificilmente conseguem dar conta dos aspectos interativos das redes sociais. A orientação etnográfica e uma metodologia qualitativa se mostram mais adequadas para que se possa apreender justamente as dimensões das redes sociais negligenciadas nos estudos quantitativos: o caráter dinâmico das redes socais, o diálogo que se estabelece entre diversos atores nelas envolvidos – elementos de fundamental importância para se compreender o papel desempenhado pelas redes sociais na lida com a enfermidade.

Na primeira parte, considera-se o conceito de redes sociais e alguns trabalhos desenvolvidos na área; em seguida, apresentam-se os dados relativos à pesquisa desenvolvida no Nordeste de Amaralina sobre redes sociais e problemas mentais; e por fim, à guisa de conclusão, se tecem alguns comentários sobre aspectos metodológicos dos estudos de redes sociais, à luz do material empírico apresentado.

REDES SOCIAIS

O conceito de redes sociais surgiu no fim da década de 50, e sua crescente popularidade desde então pode, segundo Mitchell (1969), ter uma dupla origem: primeiro, seria decorrente de uma insatisfação com a análise de cunho estrutural-funcionalista e da conseqüente busca de modos alternativos de interpretação da ação social. Em segundo lugar, dever-se-ia em parte ao desenvolvimento das matemáticas não quantitativas, como a Graph Theory – o campo da matemática que estuda o arranjo entre pontos e linhas – usada para descrever as ligações entre membros (elementos) de um sistema social e para manipular estas representações com o objetivo de ter acesso à sua estrutura subjacente.

Apesar do emprego do conceito de redes sociais ser relativamente recente, a utilização da imagem de rede de relações sociais possui uma longa história. Os primeiros usos dessa noção, entretanto, eram metafóricos e diferentes da noção de redes sociais conforme definida por Mitchell (1969): "um conjunto específico de ligações entre um conjunto definido de pessoas com a propriedade adicional de que as características dessas ligações como um todo podem ser usadas para interpretar os comportamentos sociais dessas pessoas envolvidas".[1]

Os trabalhos acerca de redes sociais, propriamente ditos, iniciaram-se com os estudos sobre migrantes de áreas rurais que passaram a viver em aglomerações urbanas nas grandes cidades do Terceiro Mundo. Os antropólogos, até então acostumados a se concentrar em estudos sobre sistemas de direitos e obrigações normativas e sobre comportamentos prescritos a determinados grupos, como tribos ou aldeias, perceberam que este tipo de análise normativa não se mostrava facilmente aplicável ao estudo de relações sociais que ultrapassavam os limites de um pequeno grupo. Para o estudo de situações mais complexas, em que diferentes laços sociais se entrecruzam e em que coexiste uma pluralidade de valores e normas, freqüentemente em conflito, os analistas voltaram sua atenção para a composição e estrutura das redes de relações interpessoais.

O interesse de vários estudos sobre redes sociais, realizados daí em diante, não recaiu mais sobre os atributos das pessoas (etnia, gênero, status social), como meio de explicar seus comportamentos, mas sobre as características das ligações entre os indivíduos. Uma das intenções era superar a lacuna conceitual entre microssociologia e macrossociologia, na tentativa de abarcar tanto a dimensão mais fixa e 'dura' das estruturas normativas, quanto a fluidez dos eventos interativos. O conceito de redes sociais, situando-se em uma região intermediária, poderia fazer a mediação entre esses dois campos e permitiria uma compreensão mais aprofundada e complexa do comportamento humano.

Devemos a Mitchell (1969) uma sistematização dos procedimentos para o registro e a análise de redes sociais. Segundo este autor, dois critérios básicos devem ser levados em conta no estudo de redes, concernentes às características

morfológicas e interativas. As primeiras se referem à estrutura ou ao padrão de ligações em uma rede e se podem identificar com os aspectos estruturais do comportamento social; abordam-se tais características em termos de ancoragem, densidade, alcance e extensão. As características interativas, por sua vez, referem-se à própria ligação, ao comportamento dos indivíduos *vis-à-vis* uns aos outros; são tratadas segundo o conteúdo, direção, durabilidade, intensidade e freqüência de contato.

Embora Mitchell afirmasse a importância tanto dos aspectos morfológicos quanto interativos, a maioria dos estudos, no entanto, concentrou-se em apenas um dos critérios morfológicos: a densidade (relativa à extensão em que as redes são interconectadas; trata das ligações não só com ego – o ponto no qual está centrada a rede – mas das outras pessoas entre si). Em parte, isto se deve a razões técnicas, pois é relativamente fácil medir a densidade em uma rede (número de relações que interconectam os participantes/número de interconexões possíveis dentro daquela rede). Mas também subjaz a esses estudos a idéia de que quanto mais densa é uma rede social, mais as normas e valores do grupo se reforçam (Kadushin, 1982; Price, 1981; Horowitz, 1977). A hipótese de Bott (1976), por exemplo, em seu estudo sobre família e redes sociais, é que redes fechadas ou altamente densas exercem uma pressão informal sobre seus membros para que se ajudem uns aos outros e para validar um sistema comum de crenças e valores, os quais reforçam os papéis tradicionais dentro do casamento.

Os estudos que tratam de redes sociais e saúde não adotam uma perspectiva muito distinta. A questão que normalmente apontam diz respeito aos efeitos da estrutura das redes sociais na busca de ajuda médica, permitindo, por exemplo, que indivíduos, de acordo com as redes em que estão envolvidos, tenham mais probabilidade de recorrer ao médico ou ao psiquiatra (Price, 1981). Nestas pesquisas, normalmente se usam técnicas quantitativas e questionários padronizados. Em geral, as perguntas referem-se a: situação marital, proximidade com parentes ou freqüência de contato, existência de amigos íntimos e/ou freqüência de contatos, e se estes amigos mais íntimos têm relações entre si independentes de ego. As pessoas escolhidas são, quase sempre, sujeitos que já se encontram sob tratamento médico.

Em muitos desses estudos, chega-se à conclusão de que indivíduos imersos em uma rede de relações altamente interconectada adiarão o momento de busca de ajuda médica, pois, as concepções leigas, populares, acerca da enfermidade são fortalecidas nesses grupos e, portanto, os doentes resistem por mais tempo a procurar o psiquiatra ou médico (referência). Argumenta-se também que, nas redes de relações mais densas (interconectadas), o indivíduo conta com mais apoio, recorrendo menos à ajuda de profissionais (Horowitz, 1977; Kadushin, 1982).

A preocupação central não é, pois, compreender os processos de interação, ao longo dos quais começa a tomar corpo a própria idéia de que existe uma doença, realizam-se as escolhas entre diferentes formas de tratamento e avaliam-se seus resultados. O que interessa, sobretudo, é a questão da busca de ajuda médica profissional e de como as redes (tomando-se apenas suas características estrutu-

rais) influenciam este comportamento. Deixam-se de lado, assim, questões mais amplas envolvidas no adoecer, posto que se dá prioridade apenas à escolha e utilização de um único tipo de tratamento. Tal orientação dos estudos de redes sociais acaba por tratar aspectos estruturais das redes como um atributo do indivíduo, que pode, em larga medida, definir em que momento ele deve tornar-se paciente de uma clínica ou hospital psiquiátrico.

HISTÓRIAS DE PROBLEMAS MENTAIS

Apresentam-se nesta parte três histórias de problema mental, girando em torno de Zelinha, Nando e Jaci. Elas oferecem evidências empíricas que serão usadas para problematizar alguns aspectos tomados por supostos nos estudos sociais e algumas de suas conclusões.

Zelinha é uma adolescente que sofria de um 'problema de nervoso', cuja principal manifestação era a exibição de atitudes agressivas com relação à família. Nando é uma criança que apresenta crises de convulsão e comportamentos públicos considerados altamente inadequados: anda nu, briga etc. Jaci, por sua vez, é uma mulher de meia idade, definida ora como alcoólatra, ora como nervosa ou louca. Estas três personagens e suas histórias de aflição não seguem um padrão exatamente similar; no entanto, apresentam alguns traços em comum. A principal característica compartilhada pelos três é o fato de seus problemas não destoarem da média: não são os casos mais graves, não personificam o estigma da insanidade, como os 'loucos de jogar pedra'. Tampouco são considerados normais. Todos, em algum momento, são definidos como alguém que apresenta problema de 'cabeça', de 'nervoso' ou 'loucura', sem que, entretanto, estas definições se tenham fixado definitiva e indubitavelmente sobre eles. Suas identidades como doentes são alvo de disputas, definições e contradefinições.

Além disso, Zelinha, Nando e Jaci moram em ruas muito próximas ou estão ligados a pessoas que vivem na interseção entre três ruas da Baixa da Alegria. A rede de relações na qual se inserem é bastante interconectada e, com poucas exceções, todas as pessoas presentes em suas histórias têm contatos entre si e conhecem os dramas enfrentados pelos enfermos e suas famílias.

A HISTÓRIA DE ZELINHA

Zelinha tem 18 anos, mora com os pais e irmãos, é solteira, deixou de estudar há mais de um ano devido ao nervoso. Ela não trabalha, faz apenas algumas faxinas eventuais e ajuda a mãe nos serviços domésticos. Seu caso começou com um problema na mão, que ela abria e fechava incessantemente. A princípio,

o fato foi interpretado por Clarice, sua mãe, como um 'sestro', uma mania, algo sobre o qual Zelinha teria controle. Esta interpretação ocasionou brigas constantes entre mãe e filha. Com o tempo, entretanto, o problema mudou de feição: Zelinha passou a apresentar outros distúrbios de comportamento, tais como não querer mais sair de casa, descuidar da aparência e higiene e, o que foi considerado mais grave, passou a agir agressivamente com os irmãos e com a mãe em particular. À medida que o comportamento de Zelinha se foi modificando, as interpretações fornecidas para o problema também passaram por alterações significativas e ainda hoje, depois de sanado, há uma certa discordância, mesmo no interior da família, acerca da(s) causa(s) do nervoso e do que teria produzido a melhora.

Os pais de Zelinha (ele, porteiro de edifício; ela, lavadeira e faxineira), personagens de suma importância nesta história, apresentaram desde o início interpretações divergentes sobre as causas e o tipo de tratamento mais adequado. Nei percebia o problema da filha como um caso de 'nervos fracos' e, conseqüentemente, considerava mais indicado o tratamento médico. Clarice, por sua vez, lançou mão de diferentes explicações: um feitiço, uma promessa não cumprida, nervos, suas brigas com a filha, e recorreu à casa de umbanda, igreja pentecostal e rezadora. Esta multiplicidade de causas e recursos terapêuticos utilizados e combinados "compõem um quadro bastante complexo da doença e revelam a existência de um incessante diálogo entre os diversos participantes na situação de enfermidade" (Rabelo et al., 1995).

O primeiro sinal de problema apresentado por Zelinha foi a movimentação incessante dos dedos. A reação inicial de Clarice foi punir a filha, pois considerava voluntária a gesticulação. Os castigos tinham o objetivo de impor sua vontade à de Zelinha. Em uma fase seguinte, o problema modificou-se, o caso começou a assumir um contorno eminentemente relacional, Zelinha não apenas mexia os dedos, como desobedecia, desafiava a mãe, xingava e batia nos irmãos.

A intensa agressividade e irritabilidade de Zelinha mostrou que a explicação inicial e a solução pensada para corrigir-lhe o comportamento por meio de aconselhamentos e surras eram insuficiente para dar conta do problema que se agravava. Clarice passou a acreditar que a relação tensa com a filha estava no cerne da perturbação de Zelinha e, assim, optou por trabalhar fora de casa, com a intenção de diminuir parcialmente seu convívio e atenuar os conflitos que, pensava ela, contribuíam para agravar o nervoso. Este afastamento, no entanto, não produziu os resultados esperados: na ausência da mãe, a agressividade de Zelinha voltou-se para os irmãos. Por vezes, ela se mostrou tão violenta que a vizinha mais próxima, Teca, foi chamada a intervir na situação. Atendendo a pressões do marido e aos conselhos de Teca, Clarice voltou a ficar em casa para melhor controlar (ou tentar controlar) o comportamento da filha.

Conhecendo o drama enfrentado pela família, os vizinhos refletem e conversam sobre suas causas. Nessa época circularam na comunidade rumores de que Zelinha teria perdido a virgindade e que o medo de revelar este fato aos pais

seria o motivo do seu nervoso. Para responder a tais acusações e certificar-se da virgindade da filha, Clarice pensa em levá-la ao Instituto Médico Legal para realização de exames. Aconselhada por uma patroa, D. Laura, desiste de tal empreitada. D. Laura, após uma conversa a sós com Zelinha, garantiu que o exame não era necessário e que a garota era ainda virgem. A opinião funcionou como fala autorizada (dada a sua posição social), que conferia legitimidade à posição que os pais e Zelinha pretendiam sustentar perante a opinião dos vizinhos.

> *Clarice*: Ave-Maria, não teve patroa minha que eu já trabalhasse que eu não fosse procurar elas. Aí, D. Laura, uma moça que eu trabalhei lá no Júlio César, ela é muito experiente, muito boa comigo, aí ela disse: "não, mande Zelinha aqui que eu vou conversar com ela, D. Clarice, se tiver qualquer coisa eu digo à senhora". Ela foi, levou uns dias lá com ela. Aí ela disse: "não se preocupe que Zelinha é moça, moça, moça". Não levei [ao IML] porque D. Laura tirou da cabeça, mas era pra levar, já tava arrumada pra eu levar a menina, porque um dizia ela não é moça e tá agitada, tá com medo de dizer ao pai, mais à mãe.

Se os vizinhos, na presença de Clarice e Nei, renunciaram a duvidar da virgindade de Zelinha, isto não implicava necessariamente que estivessem convencidos. Antes, tal atitude significava que houve um certo acordo sobre as definições que deveriam ser temporariamente acatadas e sobre a conveniência de se evitar um conflito aberto acerca do que realmente acontecera. Um exemplo é a posição de Teca, amiga de Clarice: em conversas informais, na ausência de qualquer membro da família, expressava a opinião de que a causa dos problemas de Zelinha estava relacionada à iniciação da sua vida sexual. No entanto, em presença de Clarice, tendia a confirmar e concordar com a versão por esta apresentada.

Tampouco para Clarice e Nei, apesar da confiança expressa na palavra de D. Laura, a virgindade de Zelinha deixou de suscitar interrogações. Eles continuaram a inquirir a filha sobre o assunto, atitude que a deixava ainda mais perturbada. Só com a confirmação posterior da virgindade da filha na casa de umbanda, para onde Clarice a conduz, o fantasma de sua 'perdição' deixou de assombrar os pais.

> *Zelinha*: Pai, ele, sei lá, ele ficava dizendo que, porque eu tinha namorado, aí eu... sempre depois brigava comigo, ele dizia que eu que tinha perdido minha virgindade e tava nervosa, aí eu dizia: "não é nada disso não", eu sei que eu começava a gritar. Quando ele levou na casa de seu Florêncio, ele mermo viu lá, o espírito de seu Florêncio baixou e falou que num era nada daquilo.

Além de procurar negar diante dos outros o que considerava um ataque moral a Zelinha, Clarice tentava também evitar que o rótulo de doente mental fosse atribuído à filha. Em sua narrativa tece uma argumentação para negar que o problema de Zelinha fosse 'de cabeça'. É assim que ela traz à baila a informação de que já havia visitado um psiquiatra, sem a presença da filha. Nesse encontro,

intermediado por uma vizinha que trabalhava no consultório, o médico teria negado que Zelinha tivesse qualquer problema de cabeça. Algum tempo depois, para atender ao marido, e não por convicção pessoal, Clarice tem uma conversa sobre o caso com a médica que trabalha na creche próxima à sua casa, de novo sem a presença de Zelinha. Segundo consta, a resposta da médica foi semelhante àquela obtida na primeira consulta: sua filha não sofria de problema de nervos.

É sumamente importante, dentro do argumento de Clarice, a idéia de que a aflição por que passava Zelinha não tinha origem nos nervos nem na cabeça, pois, à medida que o problema se foi agravando, a consideração de que a filha poderia estar ficando louca tornou-se um temor crescente, a ponto de Clarice dizer:

> Eu pedi a Deus, um dia eu pedi a Deus de joelho, se vê que ela ia ficar com problema, que eu queria que Deus levasse, que eu me conformaria, não lhe contei? Foi. Eu disse: "ô meu Deus, eu prefiro que se ela ficar com algum problema, ou de doido ou de qualquer coisa, eu quero que Deus leve que eu me conformo".

Ao longo do processo de adoecimento, Zelinha começou a sofrer uma certa estigmatização por parte da vizinhança. As crianças na rua chamavam-na de louca, por causa da agitação e perturbações de comportamento, e os colegas da escola costumavam fazer zombarias. Para afastar a ameaça da loucura, Clarice insistentemente usa a palavra do médico, uma voz autorizada.

> *Zelinha*: Um bocado de gente, aqui na rua mermo, cansavam de me chamar de maluca. Chamava, eu passava, aí "vai maluca", que não sei o que. Os menino tudo.... era assim pivete véio da rua. Aí eu começava a falar: "onde eu achei eu deixei". Assim como eu fiquei doente, pode ele também ficar, né?

> *Zelinha*: Os pessoal daí da rua, os montes aí começaram a me chamar até de maluca, quando eu passava assim na rua, começava a criticar. (...) Sei lá, porque meu jeito de andar, o jeito das mão, e também, eu que era uma pessoa que gostava de sair muito, eu já num queria sair mais, minhas colega passava pra me chamar, eu num queria sair, só vivia presa dentro de casa.

Zelinha afirma que a atitude das crianças e dos colegas, chamando-a de louca, contribuiu para seu crescente isolamento. Foi justamente nessa época que ela deixou de freqüentar a escola. De acordo com seu relato, a decisão de parar de estudar foi motivada, sobretudo, pela dificuldade de se relacionar com os colegas e lidar com o estigma e a rejeição. Clarice, entretanto, credita o fato ao comportamento da filha na escola e ao aconselhamento da professora:

> *Clarice*: Foi, ficou sem estudar, porque chegava na escola, ela ficava desorientada, não podia escrever com a mão direita, aí foi obrigada a professora a mandar me chamar lá, que ela ficava na sala só lascando o livro, caderno. Oxente, chegava no colégio, ficava espetando a ponta da

caneta no caderno, desorientada, sem saber, aí furava tudo. Aí a professor mandou me chamar, disse que era pra ela ficar em casa, até ficar boa. Pronto, perdeu o ano.

Zelinha: Porque esses pessoal começava a mangar de mim e tudo, quando eu tava na escola, aí... Porque eu ficava mexendo mais com a mão, assim, (...) aí começavam a mangar. (...) Não, mãe foi lá uma vez e conversou com a professora, que se esses meninos não parasse de mangar de mim que ia me tirar da escola. Aí ela começou a chamar os meninos à atenção, mas os meninos teimava, e mãe pegou, mandou eu sair. (...) Falavam, me chamavam de doida que não sei o que, ficava falando um bocado de coisa.

Nesse período, Zelinha foi convidada por uma vizinha, Graça, a freqüentar a igreja Deus é Amor. Depois de comparecer a alguns cultos, deixou a igreja. O medo de Zelinha, após uma manifestação no culto, explica em parte essa decisão. Por outro lado, o abandono da igreja vincula-se à insistência dos membros para que ela entrasse na "lei de crente".

Zelinha: Graça era da Deus é Amor, aí ela me levou outro dia. Chegou lá, o pastor pegou em minha cabeça, aí eu caí, eu caí e não vi mais nada, Graça que me falou que eu caí. Foi, ele me chamou assim, ele fez uma revelação: "eu gostaria de chamar uma pessoa que tá doente", que não sei o que... Aí começou a falar lá, e aí pegou e me chamou, assim na frente, peguei e fui, aí quando chegou lá, ele começou a orar em minha cabeça, botar óleo de lá dele, aí pronto, eu caí, não vi mais nada. (...) O pastor já sabia [que ela estava doente], que essa Graça tinha falado a ele. Aí ele pegou começou a orar em minha cabeça, eu peguei voltei ao normal, mas eu não me lembrava de nada, de nada que tinha acontecido. Graça também não quis me contar. Eu falei: "o que foi que aconteceu, Graça?" Ela disse: "não, você que caiu, depois eu te conto". Aí depois disso, ela num contou mais não.

Zelinha: Meu pai ficava mandando eu ir direto, mas o pastor querendo que a gente pregasse a linha de crente. Eu falei: "num vou pregar linha de crente..."

Em seguida a essa incursão malograda à igreja Deus é Amor, Clarice tem uma espécie de revelação sobre o tipo de problema da filha. Ela desperta um dia decidida a levá-la à casa de umbanda de Florêncio, um pai-de-santo que já havia curado sua cunhada, Lia, de alcoolismo. À noite foram à sessão, Clarice, Zelinha, Nei e sua irmã.

Clarice: Aí, um dia de domingo eu tava assim, "ai meu Deus", disse, "eu vou procurar uma casa pra levar essa menina", que eu já tava com medo dela morrer, que ela não queria mais nem tomar banho. Parecendo que tinha sido um negócio que, sei lá, que fez assim... ela ficava deitada de

> dia, o cabelo lá em cima aparecendo uma maluca. (...) Aí eu levei um dia de domingo, eu cheguei por minha conta, tá entendendo? Eu disse: "ah, eu vou levar Zelinha na casa de seu Florêncio (...)". Que eu tenho uma cunhada que bebia de chamar cachorro tio. Aí ficou boa lá, tirou a bebida dela mesmo, completamente. Aí eu cheguei um dia de domingo, eu disse ali, falei com o pai, eu disse: "Nei, vou levar Zelinha na casa de seu Florêncio". Ele disse: "você quer ir, vá". Ele disse: " tá achando que ela tá com problema?" Eu disse: "claro que ela tá, quem não conhece que ela tá?" Aí levei.

A causa do problema de Zelinha foi anunciada pelo pai-de-santo: ela pisou em um 'despacho' feito para outra pessoa. O guia incorporado no pai-de-santo garantiu que as desconfianças dos pais em relação à virgindade de Zelinha eram infundadas, pois ela era virgem, fato que foi afirmado com toda ênfase: ela é "vígea, vígea, vígea". Recomendou um tratamento com banhos de folha e sessões de limpeza. Na avaliação de Clarice e da própria Zelinha, os resultados obtidos foram evidentes desde a primeira sessão.

> *Zelinha*: Me senti melhor, porque não dormia e comecei a dormir, dormi como o quê nesse dia, que eu não dormia não, ficava a noite toda zanzando no meio da casa, rasgando roupa e tudo. Aí pronto, me senti melhor, dormi como o quê. Nos outros dias ainda foi melhor ainda, que eu continuei indo, eu tava me sentindo melhor já. (...) Não, respondendo não, mas nervosa ainda tava. (...) Sei lá, começava a falar com os outros, começava a gritar e dava uma tremedeira na mão.

> *Clarice*: [No primeiro dia] já melhorou, veio calma. Veio calma, conversando, que ela não encarava nem eu (...). Era uma raiva que ela tinha em mim, que ela chega olhava pra mim assim, como ela queria me avançar em mim. Aí de noite, quando chegou, veio calma, disse: "mãe, domingo eu vou só", ela falou.(...) Ela disse: "eu vou pra lá, pra sessão na casa de seu Florêncio". (...) Desse dia pra cá, ela ficou calma, eu chamava ela atenção, assim, ela não respondia mais nem nada.. (...) [O problema da mão] melhorou, não melhorou, mas o nervoso que ela tava, a raiva, aliviou, também. Passou mais, que ela não ficou respondona nem nada.

Após cumprir o tratamento e freqüentar algumas sessões, Zelinha recobrou a calma. Entretanto, apresentava ainda o problema na mão. Ora, os movimentos com os dedos, com o agravamento do caso, haviam-se tornado secundários, uma vez que os problemas relacionais assumiram o primeiro plano, e quanto a este aspecto, o tratamento na casa de umbanda foi julgado bastante eficaz por Clarice.

O caso, porém, não se encerra aqui, porque, se hoje parece prevalecer um acordo entre mãe e filha sobre os benefícios trazidos pela umbanda, parece lícito supor que, à época do problema, não havia uma avaliação muito bem definida acerca do sucesso do tratamento com o pai-de-santo, pois ao mesmo tempo em que ia às sessões de umbanda, Zelinha, chamada por uma comadre de Clarice,

Celestina, freqüentou também a igreja Universal do Reino de Deus, buscando uma outra possibilidade de cura. Além disso, segundo Zelinha, a decisão de abandonar essa agência de cura não se pautou em um descontentamento com a igreja, mas foi resultado da pressão do pai-de-santo, que a advertia sobre os riscos de seguir linhas tão divergentes de tratamento.

> *Zelinha*: Mãe, conversando o problema com D. Celestina, uma moça que mora aí embaixo, ela sempre, ela agora que entrou na linha de crente, aí ela pegou me chamou: "vam'bora menina, pra igreja". Aí ela pegou, me chamou pra eu ir, aí eu fui uns dois dias com ela, depois parei porque seu Florêncio pediu.

Parece paradoxal que Clarice tenha incentivado a filha a ir à igreja pentecostal, posto que afirma insistentemente em sua narrativa que as melhoras no comportamento de Zelinha foram visíveis e consideráveis, desde o primeiro dia na casa de Florêncio. Talvez possamos compreender esta aparente contradição se levarmos em conta o estado de incerteza e aflição instalado desde o início do problema:

> *Clarice*: Não sei, meu Deus, eu não sei nem como, parece castigo pra meus filhos, e não sei nem como foi que aconteceu isso com ela. Nem sei, por que lá disse uma coisa, um me diz outra, outro diz que é outra, eu já andei tanto com essa menina, que quase eu fiquei morta de andar com essa menina e de chorar, eu chorava de dia à noite. (...) Antes, eu comecei a bater, pensando que era alguma mania que ela tava, comecei a bater. Depois que eu vi mesmo que era caso de doença. (...) Não, eu disse, "meu Deus, eu não passo castigo pra meus filho e acontecer uma coisa dessa assim de repente, só pode ser alguma coisa, né?" Algum castigo de Deus, ele quer que eu receba, né?

O episódio da saída de Zelinha da igreja selou a cisão entre Clarice e Celestina, a responsável pela ida de Zelinha à Universal, processo que já se vinha desenrolando há algum tempo, desde que Celestina se convertera ao pentecostalismo. Celestina interpretou o abandono do tratamento como uma imposição de Clarice, suposição que não é de todo infundada, posto que várias vezes Clarice deixa transparecer sua afinidade com a umbanda, ao mesmo tempo em que não dá mostras de muito entusiasmo com o pentecostalismo: ela conta ter freqüentado um culto apenas uma vez e ter sofrido terrivelmente com uma dor-de-cabeça, em razão da 'zoada'.

Em sua narrativa, Clarice tende a minimizar o engajamento com a umbanda e afirmar que incentivava igualmente Zelinha a freqüentar a igreja e as sessões, embora só fosse com a filha às sessões de umbanda. Além disso, sem fazer referência a qualquer tipo de pressão do pai-de-santo, declara que a opção pela umbanda foi uma decisão exclusiva da filha. Entretanto, tal atitude de imparcialidade e mesmo de falta de compromisso com a umbanda não corresponde à imagem

que vizinhos, e especialmente a família de Celestina, fazem de Clarice. Damiana, filha de Celestina, que fora por longo período amiga íntima de Clarice, acusa-a de fazer feitiçarias e ter ligações estreitas com pais-de-santo (veja em seguida o caso de Nando, filho de Damiana).

Clarice, por sua vez, ciente das acusações de feitiçaria – que não raro pesam sobre aqueles que freqüentam assiduamente casas de umbanda e candomblé –, tenta manter em segredo o tratamento na casa de Florêncio. Fora do círculo familiar, poucas pessoas sabem disso; entre estas consta Teca, que também acompanha eventualmente Zelinha às sessões e auxilia Clarice na preparação e coleta de ervas para os 'banhos de limpeza', ação que se deve realizar longe das vistas de outros vizinhos.

Diz Clarice que, após o tratamento em Florêncio e a ida à igreja pentecostal, a filha ficou "boa, boa, boa". Há uma certa controvérsia sobre qual tratamento teria produzido o resultado positivo. Nei e alguns vizinhos, inclusive Teca, creditavam a melhora à igreja pentecostal; Clarice atribuía a Florêncio o êxito obtido; Zelinha, por sua vez, concordava com a mãe, mas lembra os efeitos positivos alcançados com as sessões de fisioterapia realizadas em uma clínica, em um momento posterior quando, depois de curada, tem uma recaída do problema da mão e do nervoso.

> *Clarice*: O pai já disse: "Clarice, eu achei melhora foi quando Zelinha foi pro crente". Eu disse: "eu já achei melhora foi quando Zelinha foi pra Seu Florêncio". Aí, fica naquele jogo de empurra. Eu sei que ela ficou boa, boa, boa.
> *Clarice*: Agora eu... o pai achou que muita gente, que ela, nessa igreja, nessa igreja daqui da Santa Cruz, ela ficou boa, boa. Os vizinhos, não foi não, Teca?
> *Entrevistador*: Você acha que foi a igreja, Teca?
> *Teca*: Eu achei que sim.
>
> *Zelinha*: Eu fiquei boa mermo na casa de seu Florêncio e lá também na Somed, porque eu fiz a parafina que deu boa, graças a Deus, hoje em dia eu não sinto nada.

A volta do problema por um certo período, depois de Zelinha ter sido curada, trouxe de novo as discordâncias: o pai insistia em que o problema dela era de nervos fracos e que era preciso ir ao médico. A mãe não estava perfeitamente convencida a respeito, inclinava-se a considerar seriamente outra explicação, de que a recaída era um castigo infligido por Cosme e Damião, para quem ela estava devendo um caruru, interpretação sugerida por uma benzedeira da vizinhança que rezara Zelinha:

> *Clarice*: Eu tinha que dar [o caruru], aí essa criatura que rezou disse: "Clarice, você deve um caruru dessa menina?" Aí eu fiquei assim, eu disse: "por quê?". Ela disse: "ali, você deve alguma coisa a São Cosme".

> Aí eu cheguei disse: "eu acho que eu devo um caruru, não tô ciente não. Acho que eu devo um caruru". Aí ela disse: "se você deve é bom pagar, porque essa criança anda precisando assim do caruru esse mês de setembro". Eu disse: "quando ela fizer 16 anos eu dou o caruru". Aí não pude dar o caruru. Aí minha filha, passado 8 dias que eu não dei o caruru, ela apresentou [de novo] o problema na mão.

Ao mesmo tempo, Clarice planejava levar a filha a um médico espírita que, segundo ela, tinha fama de possuir grande poder mediúnico. Uma irmã sugerira que se procurasse este médico, corroborada por Teca, que já o havia consultado sobre o caso de sua própria filha, vítima de paralisia infantil. O projeto de Clarice era descobrir, em meio a uma babel de explicações, sugestões e vozes diferentes, a verdadeira razão do problema da filha.

> *Clarice*: Vou levar ela em Dr. Haroldo. É um médium que tem em Calçada, ele conta tudo, ele conta sem a gente dizer, nada, nada, nada, nada, nada. (...) Diz tudo, tudo, tudo. Ele é médico de espiritismo, né? Ele diz tudo, tudo, tudo. Eu vou ajuntar um dinheirinho no fim desse mês e vou lá levar ela. O que mandar eu fazer, eu vou trabalhar 2, 3 mês, 4 mês, mas eu faço só pra ver ela boa. (...) Uma irmã minha, de Camaçari, que fez consulta com ele, ela falou, mas não me disse onde era, só fez assim dar um toque: "tem um médico, Clarice, muito bom, em Calçada". Depois, Teca: "ah, eu já sei quem é, é Dr. Haroldo!" E agora eu vou mesmo, inda hoje eu falei com o pai, o pai dela, eu disse: "ói, Nei, [quando] você receber dinheiro, eu vou levar Zelinha lá"...

Antes que ela obtivesse o dinheiro necessário para a consulta, Zelinha foi a um fisioterapeuta. A recomendação também foi feita por Teca, cuja filha com problemas motores, resultantes da paralisia infantil, tratava-se em uma clínica fisioterápica. Ao recorrer à fisioterapia, Zelinha ficou livre do problema na mão, o nervoso esvaneceu-se, mas permanece a controvérsia sobre os tratamentos. Depois de tudo, Clarice ainda faz planos de dar um caruru para pagar a promessa feita aos santos, a fim de assim evitar um novo reaparecimento do problema.

Ao longo do tempo que durou o problema de Zelinha, uma questão se tornou crucial para seus pais, particularmente para Clarice: encontrar uma explicação para o problema que comprometesse o mínimo possível a identidade da filha. Ao aceitar a explicação oferecida na casa de umbanda – um feitiço dirigido a outra pessoa que acidentalmente atingiu Zelinha –, Clarice e Zelinha adotaram uma interpretação que poderia livrá-la tanto dos ataques morais, na forma de especulações sobre a perda da virgindade, quanto do rótulo de doente mental ou de louca, definição fortemente estigmatizante.

A existência de distintas perspectivas sobre o problema coloca frente ao fato de que as interpretações elaboradas para comportamentos desviantes não são tão fixas, a ponto de identificar imediatamente como resultado de problema mental

quaisquer sinais comportamentais incomuns. Há, portanto, uma certa margem de negociação na atribuição do status de doente. Em geral, o núcleo de pessoas mais próximas do doente procura afirmar e difundir explicações para o problema que minimizem os danos à sua identidade.

As versões apresentadas são sempre construções negociadas, em que há que se levar em conta as visões divergentes de familiares, parentes, vizinhos, colegas, terapeutas do setor *folk*[2] e do médico. Estes diferentes atores participantes do processo de definição e construção do problema, por sua vez, não possuem o mesmo nível de conhecimento dos eventos. Uma vez que as relações de outros atores com o doente e sua família têm conteúdo e grau de proximidade diferenciados (parente, vizinho, amigo íntimo, pai-de-santo, pastor etc.), as informações comunicadas a cada um deles não são exatamente equivalentes; as pessoas selecionam (e segregam), na medida do possível, seus interlocutores e as informações às quais podem ter acesso. Exemplo claro é o fato de Clarice procurar ocultar as visitas de Zelinha à casa de umbanda, particularmente de sua comadre, Celestina, recém-convertida e fervorosa participante da Igreja Universal do Reino de Deus.

Em sua tentativa de afastar as visões do problema que impliquem danos à identidade da filha, Clarice procura trazer à baila elementos que confirmem a virgindade e a sanidade mental. Para isto utiliza, mediante citações, o discurso de 'autoridades', que dão sustentação à versão que ela deseja veicular: reporta-se, por uma lado, à fala de médicos que, mesmo sem haver examinado Zelinha, atestam não constituir seu caso um problema de cabeça ou de nervos. Também recorre à palavra da patroa, que assegura, diante de uma platéia pouco disposta a colaborar, a virgindade de Zelinha.

Se até aqui enfatizamos a participação da rede de vizinhança e parentesco, bem como o diálogo estabelecido entre esta e a família, na definição da situação e escolha de tratamento, não podemos, contudo, deixar-nos levar pela idéia de que os únicos a intervir nos casos de enfermidade são as pessoas próximas ao doente, tendência presente na maioria dos estudos de redes sociais, que enfocam apenas as relações íntimas (cônjuges, parentes e amigos próximos). No caso aqui narrado vê-se, por um ângulo, a utilização de relações próximas para se chegar a alguém que está distante – como no exemplo da visita de Clarice ao médico, para uma consulta informal, intermediada por uma vizinha –; por outro ângulo, patroas e ex-patroas são solicitadas a se envolverem no problema em diferentes momentos, ao longo da trajetória de Zelinha. É importante salientar que um número considerável de mulheres na Baixa da Alegria, assim como Clarice, trabalha em empregos domésticos, ocupação ainda revestida de uma certa dose de paternalismo. Assim, nos casos de doença na família é comum que empregadas recebam dos patrões empréstimo de dinheiro, informações e ajuda para conectá-las com instituições médicas ou burocráticas. Tais vantagens, porém, representam apenas um aspecto da questão, havendo ainda um

outro elemento a considerar: utiliza-se estrategicamente a opinião expressa pelo patrão/patroa, assim como fala do médico, para conferir maior legitimidade a afirmações feitas pelos próprios informantes.[3]

A história de Zelinha parece desafiar a suposição, implícita em alguns estudos sobre redes sociais e suporte social, de que não existem conflitos de interesse entre aqueles que apóiam os indivíduos doentes (família, amigos etc.) e que todos agem de comum acordo para o bem da pessoa enferma. Partir de tal suposição pode implicar negligência para com aspectos relevantes, como tensões, hostilidades e disputas presentes no interior das redes sociais, mesmo nas relações de suporte. Estudos em geral assumem (sem muita reflexão) a noção de que as redes sociais altamente interconectadas tendem a construir versões unificadas do problema e a funcionar como grupo de apoio para o doente. Parece haver uma associação entre a capacidade da rede funcionar como suporte e a existência de um acordo sobre as definições da situação. O que este caso nos mostra é que há desacordo e disputas de interpretação, mesmo entre pessoas cujas relações são bastante próximas. Os próprios pais têm visões distintas, modificam suas opiniões, oscilam entre diferentes interpretações e avaliações sobre tratamento; e vizinhos próximos, que figuram como personagens de importância no decorrer da história, tecem seus comentários sobre os problemas, negociam em que medida suas opiniões devem ser reveladas à família e que decisões apoiar ou não.

As divergentes visões do problema, as negociações em torno da interpretações e utilização de tratamento, podem realmente funcionar como elemento que introduz alguma dose de tensão nas relações sociais, podendo resultar até mesmo em ruptura de relações. Assim foi com a relação que unia Clarice e Celestina: conforme já explicado.

O enfoque exclusivamente nas relações íntimas não só tende a minimizar as tensões existentes dentro do pequeno núcleo e o suporte advindo de não íntimos (como no caso das patroas), mas também deixa de lado uma gama de interações que tendem a ser mais claramente hostis, que aparecem no relato de Zelinha acerca das situações em que era atormentada na rua pelas crianças ou em que os colegas de escola caçoavam de seu problema, chamando-a de maluca. No Nordeste de Amaralina, não raro ocorre que pessoas com problemas mentais sejam seguidas por uma bando de crianças que, em coro, gritam apelidos e fazem zombarias. A reação usual daquele que sofre a perseguição é de agressividade e violência.[4]

À luz deste caso, deve-se ainda considerar a questão do peso concedido à estrutura nos estudos de redes sociais. A apreensão da estrutura nos dá apenas a composição da rede em um momento específico, em geral quando as pessoas chegam ao tratamento médico. Isto traz duas conseqüências: primeiramente, estudos interessados apenas em explicar a relação entre a estrutura das redes sociais e um certo tipo de tratamento ignoram a utilização de outras formas de terapia. Mais do que isso, não atentam para uma série de outras ações que interferem no curso de

uma enfermidade e que não se resumem à escolha de tratamento, embora estejam a esta relacionadas (identificação do problema, criação de rumores, aconselhamentos, avaliação de tratamento etc.). Em segundo lugar, centrar o estudo na composição estrutural da rede social não dá conta dos processos de reconfiguração da trama de relações sociais que podem ocorrer no decurso de uma trajetória de enfermidade, como se constata mais claramente no caso que se segue.

A História de Nando[5]

Nando tem sete anos e não freqüenta ainda a escola. Começou a ter crises de convulsão com menos de um ano de idade e apresenta também outros problemas: é agressivo, costuma andar nu e mostra uma atividade sexual exacerbada para sua idade. Reside com o pai e a mãe na área próxima do Boqueirão, mas freqüentemente fica ao cuidados da avó e das tias que moram próximas, na rua da Ladeira, na mesma área em que habitam Clarice, Zelinha, Teca (personagens da história anterior), Eunice, Julina, e onde se localiza a venda de Paraíba.

Nando teve sua primeira convulsão antes mesmo de completar oito meses. Damiana, sua mãe, narra a cena da primeira crise com detalhes. "Foi assim: eu tava lavando roupa, minha mãe pegou ele e ficou brincando com ele (?). Bateram em uma irmã minha. A minha irmã não chorou de junto de quem bateu; veio, chorou, gritou de junto dele. Aí, pronto, ele teve convulsão. Desse dia pra cá, pronto". Até então, segundo Damiana, o menino era perfeitamente normal. Esta cena, contada mais de uma vez pela mãe, que lhe atribui grande importância, assume significados diversos conforme a perspectiva pela qual ela está narrando a história do filho. Quando, por exemplo, ela assume um ponto de vista do candomblé e atribui o problema de Nando a um 'trabalho', considera que o grito da irmã funcionou como uma espécie de alerta, que, se desencadeou o problema, ao mesmo tempo levou-a a notar a tempo sua existência. Quando parte de outro ponto de vista, afirma que o próprio susto provocado pelo grito suscitou a doença de Nando. De todo modo, esse momento é fundamental na construção narrativa de Damiana acerca do problema do filho.

> *Damiana*: Olha, esse grito eu acho que tem alguma coisa a ver, porque se não fosse esse grito, eu não ia saber de nada, quando eu ia saber já era, ia ser muito tarde. Estava sendo, ficando tarde. Esse grito ajudou que eu soubesse, como era que eu ia lidar, e eu inocente, sem saber, só caminhando pra médico, caminhando pra médico, e nada. Mas eu via.

> *Damiana*: Este problema dele começou (...), provocado por um grito, grito esse que ele teve convulsão na hora, após este grito.

Outro momento de importância no desenrolar da história de Nando se passa, na verdade, antes de seu nascimento, durante a gestação. É neste ponto que, de fato, reside o nó, ligando a história da doença do filho à teia de relações em que

ela estava inserida no período. Damiana reconta a sua gravidez e os episódios em que esteve envolvida, as discussões com o marido e os problemas de família, e constrói um quadro de relações que é fundamental para compreender e dar sentido ao problema do filho.

Quer seja especulando sobre as explicações médicas – o médico sugere que a origem do problema possa ligar-se à gravidez e ao parto –, quer seja argumentando a favor da explicação encontrada pela mãe-de-santo – um feitiço dirigido contra a mãe que atingiu o filho ainda em seu ventre –, Damiana sempre remete a explicação do problema ao período da gravidez, momento para ela particularmente difícil.

> *Damiana*: Começando pela gravidez dele, eu tive uma péssima gravidez mesmo. Eu mais meu marido, nós discutia muito, nós brigava muito, eu bebia muito, assim: conhaque, cerveja, fim-de-semana. Mas era fim-de-semana, era batida, e nisso nós brigava demais. Não, essa época eu não se unia direito mais minha família, tá entendendo? Andava todo mundo de mau. Era: eu mais minha família era todo mundo de mal, e nisso eu não tinha como uma pessoa pra me conversar sobre, sobre o problema entre eu e meu marido, tá entendendo? (...) Me lembro que, quando eu estava grávida dele, Lula veio pra mim de um pontapé na minha barriga, aí me livrei desse pontapé, (...) ali era briga feia mesmo.

Clarice, por sua vez, assim como outros vizinhos, localiza também na gravidez de sua amiga a origem do problema. Segundo ela, expressando uma opinião corroborada por outros vizinhos, as verdadeiras causas da doença do menino foram as tentativas de aborto praticadas por Damiana, aliadas às dificuldades de relacionamento existentes entre ela e o companheiro, que chegou ao extremo de espancá-la durante a gestação de Nando.

> *Clarice*: Ela tomou muito remédio pra matar ele. Foi por causa do remédio, sabe? Ela tomou muito remédio, muita raiva que o marido dela era... Bebia de fazer... de chamar cachorro de filho. Aí eu acho que ele já nasceu com esse problema, que desde pequeno que ele se assustava. (...) Ela tomou muito remédio pra evitar, pra matar a criança, de tanta raiva do que o marido fazia. Entendeu? Eu acho que ela, ela mesmo me contava que... ela ficava direto aqui, que nesse tempo eu vendia cerveja, guaraná e tudo, e eles bebia aqui como quê. Aí ele enraivava ela, ela com um barrigão, quer dizer que não, não, sai mais, sai na criança, né? Aí só pode ter sido isso.

> *Paraíba*: Quando não perde [o filho] só cria problema (...) remédio [para abortar] tão forte que ele é doente, completamente doente da cabeça. Quantidade forte de remédio que a mãe tomou. É, como é o nome dele, o maluco, Nando. Só vive de remédio.

Qualquer que seja a visão proposta (um feitiço, a gravidez, o grito da irmã) – e Damiana enuncia ora uma, ora outra (omitindo sempre as tentativas de aborto) –, a gravidez é um ponto fulcral na explicação do problema de Nando. A visão que a

mãe tenta projetar deste momento liga-se bastante à necessidade de se eximir da culpa pela origem do problema. Para isso, atribui a responsabilidade ora a Clarice, ora a uma doença física, mas sempre afasta de si a responsabilidade pela aflição do filho. Damiana argumenta que a doença não se deve à falta de cuidado, nem a falhas em seu desempenho no papel de mãe; considera, ao contrário, que resulta de intervenção alheia (feitiço), ou das dificuldades relativas ao parto e à gravidez.

Desde que o problema de Nando principiou, Damiana tem seguido tratamento médico e, por duas vezes, já procurou casas de mãe-de-santo. Sua mãe, Celestina, e irmãs, atualmente membros da Igreja Universal do Reino de Deus, também já levaram o menino para receber as orações da igreja.

Damiana relata uma seqüência de tentativas de resolução do problema dentro do setor profissional. Logo que Nando apresentou a primeira crise de convulsão, ela o levou a um pronto-socorro, mas como o menino já não estava manifestando o problema, não recebeu atendimento e foi encaminhado a um clínica neurológica. Na narrativa, ela expressa ressentimento e desconfiança com relação ao primeiro médico consultado, que a teria tratado rispidamente em razão do choro excessivo de Nando. Por isso, diz, ao receber a receita que indicava a dosagem de 25 gotas de Gardenal, resolveu não seguir a recomendação e foi em busca de outro médico, que teria confirmado a suspeita de que tal dosagem era demasiada para uma criança pequena, recomendando a administração de apenas quatro ou cinco gotas a cada vez. Insatisfeita com o tratamento recebido dos médicos, Damiana decidiu não seguir nem uma nem outra recomendação, optando por jogar fora os remédios e abandonar a medicina. Contudo, as crises voltaram ainda mais fortes, de modo que ela se viu obrigada a procurar o médico mais uma vez.

Aconselhada por uma pessoa da vizinhança, foi a um médico espírita, Dr. Haroldo (o mesmo que Clarice pensava em consultar sobre o caso de Zelinha). Este não se teria limitado, como os outros, a receitar medicamentos para o 'problema de foco', prevendo que por volta dos sete anos Nando estaria curado e poderia deixar de tomar os remédios. Damiana não pôde continuar o tratamento com este médico, pois a consulta era paga. Durante um certo tempo, não levou o filho a novas consultas, uma vez que, tendo em mãos a receita de Dr. Haroldo, ela solicitava a um médico (também espírita), que atendia alguns dias na semana em um consultório no bairro, que prescrevesse os mesmos medicamentos. Em uma fase posterior, passou a levar Nando a uma outra clínica neurológica, onde foi melhor tratada, mas não deixou de tecer críticas ao atendimento: incomodava-lhe a impessoalidade do médico, que, atendendo durante anos um mesmo paciente, mantém para com ele uma relação distante. Critica também o que ela julga ser uma certa negligência do médico, que não solicitava regularmente a realização de novos exames para a criança e, portanto, não podia ter uma avaliação correta do desenvolvimento do problema. Além disso, argumenta, o médico jamais modificou a medicação prescrita pelo médico espírita, nem manifestou qualquer menção de fazê-lo. Damiana lembra também

que o médico espírita havia prognosticado uma melhora quando o menino estivesse com sete anos – idade de Nando à época da entrevista –, ao passo que a médica que o tratava no momento adiava sua alta para, pelo menos, três anos à frente.

> *Damiana*: (...) porque esse médico deveria ter mudado já esse remédio. Porque quem me passou esse foi um médico lá em Calçada, foi Dr. Haroldo, foi ele que me passou. Aí o Dr. Haroldo é particular, eu não ia ter condições de todo mês tá pagando pra ir pegar a receita. (...) uma médica que me encaminhou pro Martagão, e nisso eu tô até hoje com esse médico, e eu peço a ele pra mudar o remédio, e ele diz que não vai porque ele não baba. Se ele babasse, que ele mudava o remédio, e ele só vai ficar bom com esse remédio. Dr. Haroldo me disse que de sete a oito anos ele ia ficar bom, já esse me disse que de dez a doze anos pra lá. Que eu não parasse o medicamento dele não, pra nada.

Enquanto narra percurso de Nando nas agências da medicina profissional, Damiana revela que nunca é completamente obediente às recomendações médicas: já passou períodos sem dar o medicamento e, normalmente, não administrava o remédio exatamente como prescrito (por exemplo, apenas duas vezes ao dia, ao invés de três).

Em uma das clínicas percorridas, uma médica teria encaminhado Nando para continuar o tratamento no Juliano Moreira, o hospital psiquiátrico mais conhecido da cidade. Mais uma vez, Damiana decidiu não se deixar guiar pela orientação profissional. Impressionada com as histórias que ouvia sobre o hospital e as formas como os pacientes eram ali tratados (uso de choques elétricos e camisas-de-força), concluiu que tal instituição, em que só vivem os loucos, não era o local mais adequado para tratar seu filho. A maneira como interpreta o problema do filho não parece compatível com a visão que tem do hospital psiquiátrico.

> *Damiana*: Na última vez que eu fui, ela, minha médica, me encaminhou para o Juliano, mas como eu falei, fiquei com medo que o pessoal disse que ia dar choque elétrico no menino. Eu disse: "poxa, se o menino já tem trauma, então lá eu não vou". Peguei o papel, rasguei e joguei fora. (...) O pessoal ficou dizendo: "ah, no Juliano só quem vai lá é maluco, não sei o quê (...)." Eu parei porque eu achava que no Juliano só tinha maluco.

A rejeição a seguir tratamento em um hospital psiquiátrico vincula-se, em certo sentido, à tentativa de afastar do filho o rótulo de 'maluco' ou 'louco', preocupação constante de várias mães cujos filhos sofrem de problemas mentais.[6] Argumentando contra pessoas da vizinhança que insistem em chamar seu filho de louco, ela diz que loucos vivem nos hospícios e, se nenhum médico até hoje recomendou que Nando fosse internado, é porque na verdade seu problema não é loucura, mas, como afirmam os médicos, 'foco'. Assim, ela usa a definição médica do problema para legitimar sua posição perante os vizinhos e conseguir, de modo mais eficaz, afastar de Nando o estigma da loucura, ainda que no íntimo não esteja

perfeitamente convencida do diagnóstico médico e que acredite na existência de uma outra razão (de natureza espiritual) para os problemas de seu filho, além do 'foco'. Os vizinhos, por sua vez, apontam insistentemente para a 'anormalidade' de Nando e sugerem que a internação poderia ser a melhor solução para o problema.

> *Damiana*: Eu não gosto de ficar amigo (...) chamando meu filho de maluco, eu não gosto. (...) E eu sei que ele não é mesmo. Ter foco não é maluco. Maluco, se ele fosse um maluco, só basta dizer, maluco, ele já tinha internado ele, não tava assim, né? Se ele precisasse de internamento, mas ele não precisa, graças a Deus.
>
> *Eunice*: Eu acho que ele não é certo, não sabe? Desde pequenininho ele é assim. (...) Só esse problema, assim, que ele anda na rua correndo, vive na rua sempre sem roupa. Ele corre na frente de carro, ele corre na frente de nada.. Porque ele não é normal mesmo, de jeito nenhum. Joga muita pedra nas crianças, nas casas.
>
> *Julina*: A mãe dele desde pequeno que encaminha ele ao médico, mas até hoje não teve solução. Não teve solução nenhuma. (...) Acho que ele nasceu assim. Deve ser nascimento, né? Eu acho que não tem nenhum. É uma pessoa dessa que tem que ser internada.
>
> *Clarice*: O médico mandou internar, o médico passou pra internar ele, mas ela não interna, não. (...) Ela achou muito conselho pra internar, ela que não interna. (...) Mas ele é muito apegado a ela. Também, ela fica doidinha quando ele está atacado. É mãe, né? Quando ele dá essas crise, ela fica doidinha. Ela não interna por causa disso, né?

Além de contar seu percurso no setor profissional, Damiana relata também as experiências realizadas em agências religiosas de cura: em uma casa de umbanda e outra de candomblé. A primeira vez que recorreu a uma mãe-de-santo, Damiana foi a uma casa de umbanda no mesmo bairro em que mora. A visita foi recomendada por sua própria mãe, Celestina, que hoje é pentecostal, mas à época era rezadeira e mantinha relações bastante estreitas com o candomblé, segundo afirmam Clarice e a própria Damiana.

De acordo com o relato desta última, tal visita não lhe causou boa impressão, logo na primeira consulta, a começar pelo fato de que a mãe-de-santo não descobriu nada e fez perguntas demais, atestando, assim, não possuir muito poder mediúnico. Uma segunda fonte de desagrado para Damiana diz respeito ao próprio tratamento prescrito por Eremita, que, havendo identificado um exu nas costas do menino, recomendou-lhe que desse um banho de creolina e passasse pedaços de carne no corpo do filho, os quais posteriormente deveriam ser dados como alimentação aos cães. Ora, para Damiana, creolina é substância para tratar animal, e não para ser aplicada a uma criança, de modo que se recusou a levar adiante o tratamento recomendado. Tanto aqui quanto na recusa em levar Nando ao hospital, Damiana nega-se a seguir um tratamento que ameace a identidade do filho

como pessoa (criança doente, mas potencialmente normal), condição que seria posta em questão seja em sua identificação com um louco, seja em uma aproximação à condição de animal.

Após esta tentativa na casa de umbanda, Damiana não procurou nenhuma outra casa de culto até encontrar Cleuza, uma amiga (com quem hoje está rompida) que lhe conduziu a uma casa de candomblé em Cachoeira, uma pequena cidade próxima a Salvador, famosa por seus terreiros de candomblé. Vale salientar que a amizade entre Cleuza e Damiana iniciou-se em um momento de particular aflição para esta última e fortaleceu-se à proporção que Cleuza funcionava como apoio para lidar com o problema de Nando, como se observa nas seguintes citações:

> *Damiana*: Eu andava parecendo uma louca, você sabe o que é uma louca? Eu andava. Na hora do meu desespero foi eu que encontrei essa criatura. Através dessa pessoa é que eu tô vendo o meu filho ficar bom, tá entendendo? (...) Vinha com um saco de roupa na cabeça, com a outra mão, uma mão cheia, com um outro saco de merenda, a outra mão com Qboa, sabão, essas coisa assim, e Nando querendo que eu botasse ele aqui, porque ele, eu só andava com ele aqui ó, eu andava toda rasgada, o rosto, o cabelo andava lá em cima, quem me encontrasse na rua ia me dizer que era meu marido que me espancava, não, era Nando, quando ele dava os problema dele. Eu prendia uma perna dele debaixo desse braço, prendia a outra aqui e segurava na mão aqui, mas nesse dia eu não podia fazer isso porque eu não podia pegar peso também. Aí eu encontrei com ela, ela parou, me perguntou o que é que era que ele tinha. (...) Eu dizia: "ih, ele tem poblema de nervo, eu não quero irritar ele também". Aí ela disse: "nervo?" Aí parou e ficou assim, me olhando.

> *Damiana*: Aí, dei graças a Deus, como eu dou, de encontrar essa pessoa maravilhosa que é Cleuza. E que tá me ajudando, né, tudo que ela pode, ela tá me ajudando. Tá entendendo? Foi, e por isso que eu não deixo ela de jeito nenhum.

Damiana conta que antes de resolver seguir os conselhos de Cleuza quanto ao tratamento, consultou seu marido sobre a conveniência ou não de firmar esta amizade, para não se ver de novo, como no caso de Clarice, dividida entre a lealdade ao marido ou à amiga. Sem objeções da parte do marido, procurou também pessoas da vizinhança para obter informações sobre o caráter da nova amiga. Após checar, por meio de várias fontes, e verificar alguns sinais de melhora em Nando com os banhos e rezas feitos por Cleuza, ela foi, em sua companhia, à casa da mãe-de-santo. Só lá, conforme relata, soube a verdadeira causa do problema de Nando. Nesta casa, ela diz, a mãe-de-santo, ao contrário da primeira, não fez perguntas e mostrou-se capaz de decifrar toda a verdade: a melhor amiga na época da gravidez tinha feito um trabalho para ela que acabou por atingir seu filho, uma criança ainda muito frágil.

> *Damiana*: Lá onde estou, tô vendo muita coisa, aparecendo, que ela [Eremita] não sabia. (...) Bom, gostei [da casa de Cachoeira]. Coisas que eu não sabia, passei a saber. Por exemplo, foi esse problema de Nando, porque isso aí foi gravidez minha, foi nessa gravidez que eu, e aí ela me falou, eu realmente tava, senti uma dor nessa perna (...) me disse que começou por isso aí. E aí, eu senti a barriga dura, lisa. (...) No primeiro dia ela só fez me dizer, ela que me disse, não eu. Não conheci a ela nada, por isso que eu te digo, eu... Aí ela me falou que o problema de Nando, foi, me deram uma bebida e antes eu bebia (...) nesse dia, essa criatura me mandou um copo de batida, aí meu marido me disse: "mulé, não beba". Eu aqui disse: "Ó rapaz, vou beber". Ele aí disse: "peixe morre pela boca." E ele disse isso porque ele tava desconfiando com todo mundo, se ele cismar, pronto acabou-se, ele é o tipo de pessoa assim. Não senti nada na hora. Nada mesmo. Aí ela me falou que isso foi a bebida, se eu não me lembrava o que tinha acontecido comigo. E isso foi com tudo provocado, tá entendendo? Dor na perna, que [o menino] ficou sem bulir na barriga, aí ela me falando, se eu não sentia dor na perna, se eu não me lembrava que eu tinha pedido um copo de batida, tudo isso eu falei com ela. Ela falou comigo e eu nem me lembrava disso, eu te juro.

A explicação foi oferecida e aceita. Seguindo as pistas da mãe-de-santo, Damiana lembrou-se da bebida oferecida por Clarice durante a gravidez, motivo de briga entre ela e o marido. E traz à baila também outro motivo de ressentimento para com a amiga: no período de resguardo, após o nascimento de Nando, em que contava com Clarice para ajudá-la na lida com a casa e a criança pequena, a amiga não correspondeu às expectativas, ausentando-se em uma situação em que precisava de apoio. Damiana recorda o vínculo estreito que havia entre as duas e lamenta não ter recebido retribuição de uma pessoa a quem sempre foi dedicada. Clarice, por sua vez, percebe que a amizade já não é a mesma, contudo não atribui o rompimento à quebra de reciprocidade, mas ao agravamento do problema de Nando e aos problemas de Zelinha, já narrados, ocasionando a ruptura entre Celestina, mãe de Damiana, e Clarice. Para esta, tais acontecimentos concorrentes contribuíram para distanciar as amigas, cada qual voltada para a resolução dos problemas de seus filhos.

> *Damiana*: Quanto que eu ajudei, que é minha irmã, batizou a minha filha mais velha. Do que eu fiz com ela, eu acho que nem as próprias filhas dela faz (...)
> *Entrevistador*: Você ainda fala com ela hoje, não fala?
> *Damiana*: "Ôi, ôi, tudo bom".

> *Clarice*: Não por causa que, quando eu tinha menino, ela tomava conta do meu barraco e dava conta. Ela era muito chegada aqui, né? Então nós nunca teve uma separação. Quando eu tinha menino, ela ia me levar, quando ela tinha menino, eu ia levar ela. Caso de doença mesmo, eu andei com ela como quê, com esse menino. Então esse problema de Zelinha, eles... Eu fiquei a mesma coisa, entendeu, mas eu senti que eles ficava assim, eu também, né? Agora está mais afastado um pouco, com problemas mais graves.

A amizade com Clarice já não existe, pois Damiana acredita que ela lançou um mal contra seu filho, como seu marido sempre suspeitara. Havendo rompido com Clarice, Damiana permaneceu durante certo tempo intimamente ligada a Cleuza, a quem recorria sempre em busca de amparo e durante o tratamento no candomblé. A questão seria conseguir os recursos para fazer o trabalho – dispendioso – recomendado pela mãe-de-santo, intenção que não foi levada adiante.

De todo modo, Damiana sentia-se segura de que, somente com as rezas e os banhos, Nando já havia mostrado sinais de melhora; não interrompia o uso dos remédios apenas porque esperava o atendimento e a requisição de um novo exame para, enfim, comprovar a melhora que já percebia no comportamento do filho. Segundo Damiana, os vizinhos também notavam as mudanças ocorridas, e ela sempre omitia o tratamento que vinha realizando com Cleuza.

> *Damiana*: Dou ainda o remédio, o remédio do médico a ele, porque ainda não fiz o exame. Pra não dizer assim: "ah, ela saiu e não fez o exame do menino", e depois dizia assim: "ah! vai voltar o poblema e aí você não fez o exame", e aí me acusar de alguma coisa, tá entendendo? Então eu quero fazer exame dele novamente, pra o médico aqui me dar alta. Eu tenho certeza de que, quando eu for pra clínica agora, ele vai me dar alta. Aí eu já eu tô mais aliviada da parte da medicina e vou cuidar do outro lado, como eu estou cuidando; eu não, ela.

> *Damiana*: À vista do que ele era, eu vou te dizer, tá bom. Não fiz o trabalho ainda, só fiz só a reza. E se eu fizesse o trabalho, já acho que ele tava bem melhor, né? Porque com a reza ele já tá desse jeito, imagine se eu fizer o trabalho? Porque de tudo na vida a gente tem de acreditar e confiar.

> *Damiana*: Todo mundo, o comentário é esse: "o que é que tá havendo, que está aí vestido agora?" "Menina, o que é que tá havendo, que esse menino não tá mais aquele menino que andava só agredindo as pessoas, batendo em um e no outro?" – "Não sei, Deus é que sabe."

Nando também já foi levado pelas tias à igreja pentecostal, mas seu comportamento na igreja – saiu nu, correndo e gritando entre os fiéis – desencorajou-as a levá-lo mais uma vez sem a cooperação de Damiana. Para o ramo pentecostal da família, é evidente que ele "tem algum demônio", mas seria necessário que a mãe também se convertesse para que as orações surtissem efeito.

É justamente o comportamento apresentado na igreja, além da agressividade e do excessivo interesse sexual, que possibilita que se chame Nando de maluco na vizinhança, fato que desagrada profundamente a Damiana, freqüentemente requisitada a mediar os problemas causados pelo filho.

> *Clarice*: Não gosto nem de dizer que ninguém é louco, porque é uma coisa triste, né? Mas o problema dele deve ser a... loucura. Sei lá. Mas de todo jeito, é problema da cabeça, uma criança normal não faz o que ele faz. (...) Ele pega a pinta... olhe, olhe, uma criança normal vai fazer isso?

> Olhe, ele pega a pintinha dele e deixa desse tamanho e fica enfiando nos buracos da parede! Ó pra isso. Uma criança normal vai fazer uma coisa dessa? Você acha?
>
> *Julina*: Eu não vejo, assim, ele brincar. Quando ele começa a brincar com as crianças, ele procura logo ou beliscar, ou bater, ou jogar pedra.
>
> *Eunice*: (...) sai correndo, é jogando pedra, é empurrando os outros. Porque tudo isso esse menino faz. Bate nas outras crianças, a gente vê que não é normal.

A exigência de atenção constante e as preocupações causadas por Nando têm levado Damiana a acreditar que ela mesma se encontra doente, com um 'trauma'. A doença do menino produziu ainda outros impactos em sua vida: apesar da relação com a marido ter melhorado e se fortalecido depois do problema do filho, pois eles agora têm algo para se solidarizar, Damiana se queixa de não poder trabalhar para ajudar o marido a construir uma casa.

Além disso, para se resguardar de atritos com os vizinhos, deve redobrar a atenção com o filho, só confiando na mãe e nas irmãs para dele cuidar em sua ausência. Por outro lado, evita contatos com pessoas que vivem nas redondezas, "para não ter aborrecimentos". O problema do filho produz, em certo sentido, um afastamento de Damiana com relação à vizinhança, pois os vizinhos, segundo ela, não compreendem as atitudes de Nando e insistem em chamá-lo de louco.

> *Damiana*: As pessoas falam muito e eu fiquei um pouco parada, de andar conversando com as pessoas, principalmente aonde eu moro, porque de criança a adulto, sempre chama ele de maluco. Eu não gosto disso, pra lhe ser sincera, então eu prefiro ficar no meu cantinho, quieta. Se você for lá em casa, encontra tudo lá em casa fechado, malmente a portinhola aberta. (...) Tenho que lidar com ele o dia-a-dia dentro de casa. (...) Porque lá no lugar que eu moro, converso com todo mundo, mas na casa de pessoas nenhuma eu vou.

No grupo de pessoas com quem ela hoje mantém relações apenas superficiais ou de uma hostilidade dissimulada, Damiana inclui também Clarice, amiga com quem costumava ter grande intimidade, como já foi dito. As atitudes de Clarice para com Nando, aliadas a outras circunstâncias, como a hostilidade manifesta entre Clarice e o marido e o esfriamento da ligação desta com sua família, levam Damiana a reavaliar sua amizade, julgando agora que a solidariedade, que ela reconhecera no comportamento da amiga, era apenas dissimulação. Quando aceita a explicação encontrada na casa de candomblé, ela não o faz apenas porque a possibilidade do feitiço é parte de seu repertório de crenças, mas porque certos elementos presentes em sua situação permitiram-na encaixar facilmente a figura de Clarice na pele do inimigo oculto, com base nas pistas fornecidas pela mãe-de-santo, ao passo que ela e seu filho passam a encarnar o papel de vítimas.

Contudo, o problema de Nando não suscita apenas a ruptura de laços sociais, mas também contribui, concomitantemente, para a formação de novas alianças. A relação que Damiana construiu com Cleuza se sustenta, em grande medida, no apoio oferecido no tratamento de Nando. Nesta ligação, envolvem-se múltiplos aspectos: Cleuza reza o menino; receita banhos que, segundo Damiana, produzem um efeito imediato de melhora em seu estado; intermedeia a relação com a casa da mãe-de-santo, onde se dá um tratamento que reaviva em Damiana a esperança de alcançar a cura para o filho, além de fornecer uma explicação aceitável para seu problema. Por fim, é na amizade com Cleuza que Damiana encontra conforto emocional para as suas aflições:

> *Damiana*: Sempre eu tô ali [em casa de Cleuza]. O único ponto certo de você me achar é aqui. Desde que eu conheci essa criatura, se eu pudesse, eu não saía daqui. Me sinto bem, me sinto a minha mente aliviada, pra mim parece que não existe poblema. Agora, quando eu chego em casa, ai meu Deus, se eu pudesse, nem em casa eu ia.

O tratamento realizado na casa de candomblé consistia em um segredo mantido entre Damiana e Cleuza e as unia. Por um lado, temia-se que Clarice tomasse conhecimento das visitas à mãe-de-santo e tentasse impedir, por meios mágicos, o êxito do tratamento. Por outro lado, Damiana ocultava esta informação da família, convertida ao pentecostalismo:

> *Damiana*: Não, as outras pessoas pode saber. Mas não agora. Eu quero dar o meu grito de vitória oculto, tá entendendo? Porque, se eu disser agora, aí, e vão me dar conselho: "ah, não vá, que não sei o quê". Então, eu prefiro ficar calada, fazendo minhas coisa. Ó só eu, meu marido e ela sabendo.

Depois de um certo tempo contando com sua ajuda, Damiana subitamente rompeu a amizade com Cleuza. Esta, encontrando-se no período pós-parto, contava com ajuda da amiga para cuidar da casa e das outras crianças. A época do resguardo é para as mulheres um tempo em que se encontram particularmente fragilizadas e necessitando da solidariedade de parentes e amigas. No caso de Cleuza, que não tem familiares a quem possa recorrer, o apoio de sua melhor amiga era considerado essencial, seria uma retribuição a todo o cuidado que ela dedicara a Nando. No entanto, Damiana manteve-se distante, converteu-se ao pentecostalismo como as demais mulheres de sua família, abandonou o tratamento no candomblé e, por conseguinte, rompeu relações com a pessoa que lhe guiara à casa-de-santo. Esta seqüência de mudança de religião e desligamento de um laço íntimo parece reproduzir um tipo de ruptura semelhante à que ocorreu entre Clarice e a família de Celestina e Damiana.

> *Cleuza*: Eu que levei [Damiana na casa de candomblé]. E Damiana agora ficou de mal comigo, sabia? (...) Quando eu tive minha menina, ela era minha amiga, e depois que eu pari, ela não veio mais aqui. Pra não fazer

> nada pra mim.(...) Depois que ela entrou pra lei de crente, nunca mais eu vi. (...) Fui três vez com ela [na casa da mãe-de-santo], mas ela não quis nada. Mas só isso que eu posso fazer, agora só vou fazer por mim.

A visão de Cleuza sobre o estado atual de Nando, por sua vez, é bastante pessimista:

> *Cleuza*: Porque ele passa aí, eu vejo que ele não ficou bom. Ele tá pior. Como ela não cuidou do menino... ele tá cada vez pior, menina. Semana passada pegou uma frasqueira de doce de tamarino e jogou toda fora. Esse menino não vai ficar bom não. Ela pode ir pra onde for, que ele não fica bom mais. (...) Eu disse [que ela devia ir numa casa de candomblé], mas ela não quer nada, o que que eu posso fazer? Não posso fazer nada mais. Cada um que faça por si. Quando eu tenho meus problema, quem resolve sou eu, eu quis ajudar, ela não quis.

A história de Nando chama a atenção, assim como a de Zelinha, para o fato de que a existência de um alto grau de interconexão em uma rede social não implica necessariamente consenso acerca do problema. Ademais, podemos observar que não está em jogo apenas a escolha de tratamentos, mas também a própria identidade daquele que sofre de problema mental.

Devemos atentar igualmente para a importância de considerarmos as histórias de doença em seu percurso temporal. Ao longo de uma trajetória de doença, em que diferentes tipos de tratamento e agências terapêuticas se sucedem, ocorrem reavaliações contínuas do problema, sobre causas, prognósticos etc. Essas mudanças implicam, sem dúvida, a formação de novas redes de relações, que sustentam as novas visões e interpretações da situação. Por outro lado, o desenrolar de um problema traz também um outro tipo de impacto sobre as redes sociais: relações são desfeitas ou ressignificadas. Isto aponta para uma concepção de redes sociais como realidades dinâmicas, que passam por transformações à medida que os problemas assumem novas configurações. Assim, reduzir a análise de rede social ao exame da estrutura que esta assume em um determinado ponto de uma trajetória significa deixar fora do campo de visibilidade as transformações nas configurações da rede social, muitas das quais relacionadas aos desdobramentos do próprio curso da doença.

Ainda um outro aspecto merece ser mencionado. Os estudos tradicionais sobre redes sociais tendem a situar no ponto central, a partir do qual as relações se irradiam, a pessoa doente que busca tratamento. Este caso, bem como o de Zelinha, revela que as redes, em grande medida, centram-se na mãe. Evidentemente se pode argumentar que tanto Zelinha quanto Nando são jovens demais para terem construído a sua própria rede de relações; o caso seguinte, entretanto, mostra que a mãe de família desempenha um papel fundamental não apenas quando se trata de casos de crianças pequenas, e sua falta pode significar uma perda considerável.

A HISTÓRIA DE JACI

Jaci é uma mulher de meia-idade, branca, magra; tem a face inchada e algumas marcas visíveis do consumo excessivo de álcool. Mas, ao contrário da maioria das mulheres que encontramos na Baixa da Alegria, sua aparência evidencia uma certa preocupação com a beleza: mantém a sobrancelha depilada, batom nos lábios, cabelo cortado, e desfila com um certo charme (quando não alcoolizada demais) pelas ruas do Nordeste. Trata-se da herança dos tempos em que era uma prostituta cobiçada por muitos homens. Jaci viveu, há alguns anos, um episódio de 'loucura': corria pela rua, ninguém conseguia segurá-la, quebrou as coisas em casa, tornou-se agressiva e, como não convivia com a família, os vizinhos recorreram à polícia para levá-la ao hospital, onde ficou alguns dias internada. Posteriormente, voltou algumas vezes ao hospital, sempre por períodos curtos. Apesar da hospitalização, Jaci não é louca na opinião dos vizinhos: ela teve uma vida difícil, problemas com homens, bebida e drogas; é uma pessoa nervosa, tem problema de cabeça e bebe demais, mas ainda lhe resta algum 'juízo'.

> *Julina*: Às vezes ela.... Outro dia mesmo ela ficou muito doente, que a gente teve que chamar até a polícia para pegar ela. Aí ela foi parar no Juliano [hospital psiquiátrico]. Passou uns dias lá, depois foi embora. (...) Ela se sentiu nervosa. Queria correr. É nervoso. A gente achou que ela estava com problema de cabeça, depois o pessoal disse que não foi. Mas ela queria correr, ela ainda enfrentou a polícia, ainda, sabe? Queria correr. (...) É normal, igual à gente. Só foi dessa vez que ela deu essa crise. Também não deu mais, foi só dessa vez.

> *Eunice*: Ela dá um acesso assim: começa a quebrar as coisas dentro de casa, não pode passar ninguém, que ela pega joga garrafa, aí a gente leva e interna. (...) Ela bebe de todos os dias, ela não pára de beber, então, de vez em quando, acontece isso. (....) Ela fala tudo normal, tudo do que se passa, ela sabe depois. Agora, só que ela... é o problema da bebida, né? (...) Eu não acho, eu digo que não é [maluca]; tem hora que eu digo é maluca, depois eu digo não é maluca, entendeu? Porque se sabe de tudo que acontece, então não é maluca.

Em contraste com sua vida atual, narra-se o passado de Jaci como uma época gloriosa. Todas as referências são marcadas pelo excesso: sua beleza; o luxo das roupas e calçados; o grande número de clientes, "carros e mais carros paravam na porta dela"; a fartura que reinava em casa, "ela sumia três dias quando aparecia era com uma kombi cheia de comida"; os grandes e pesados móveis de jacarandá; as festas e feijoadas memoráveis. Ela era uma espécie de rainha do local, rica, bonita, alegre. E, apesar de prostituta, era querida pelos vizinhos porque, mesmo exercendo uma profissão moralmente condenável, não

ameaçava as outras mulheres da área, pois todos os seus clientes eram homens de fora, brancos e com dinheiro. Além disso, sempre mostrou respeito à família e era uma filha exemplar.

Jaci morava só com a mãe, a quem sustentava, e para quem chegou a 'montar um negócio'. A mãe retribuía, por sua vez, realizando todas as vontades da filha, "tudo que ela sonhasse a mãe fazia". Segundo contam Clarice e Teca, a ligação entre elas era muito íntima e intensa. Com a própria filha, Jaci tinha alguns problemas: as três (Jaci, sua mãe e a filha) viveram juntas durante a infância da menina, mas, chegando à adolescência, a moça se afastou do mundo da mãe e foi morar com o pai. Nem o ex-companheiro nem a filha procuram Jaci. Hoje, a filha vive na Alemanha (casou-se com um 'gringo' em busca de situação melhor) e não demonstra qualquer interesse pela mãe. Eunice afirma que, em sua correspondência, a filha não dá sinais de afeição e parece manter sentimentos bastante hostis em relação a Jaci.

Tudo começa a ruir na vida de Jaci a partir da morte da mãe. O cenário de luxo e fausto vai gradativamente desaparecendo, cedendo lugar à ruína, à fraqueza e à perda. Na visão dos vizinhos, Jaci sente um profundo desgosto com a morte da mãe; sem ninguém para cuidar dela, passa a beber em demasia e não se alimenta. Como um reflexo da circunstância em que se encontra, a saúde se fragiliza, e a 'fraqueza' acaba por atingir o juízo.

Na seqüência de infortúnios que se sucederam em sua vida, o envolvimento com 'um bando de marginais' é um dos episódios mais importantes. Um padre havia criado no bairro uma casa para recuperação de 'marginais' (um projeto no mínimo polêmico para a comunidade) e contratou Jaci, não mais uma prostituta de sucesso, para cozinhar para os rapazes. Ela acabou por se envolver afetivamente com um deles, apesar de ter ligação com vários.

> *Givaldo*: A mãe morreu. Daqui a pouco ela deu pra beber, certo? Deu pra beber, a casa dela começou... os ladrão todo da casa aqui, que vivia na casa do padre, passou a morar dentro da casa dela. E ela não podia gritar e nem falar muito alto. (...) Então ela... aí apareceu esse cara, ela aí, pronto!, se empolgou com o cara, foi panhando as coisa e jogando fora. O santo Antônio que ela tinha dentro de casa, oh, que rezava, que a mãe rezava, jogou tudo fora. Daí ela pensou que a vida dela melhorou, piorou. O cara deu pra bater nela, ela foi se desgostando, o cara foi embora. Foi embora, o cara foi embora. Ela também se apavorou, porque o cara foi embora. Ficou em estado de choque. Em estado de choque, quer dizer, apaixonada. Chorava de dia à noite, não queria comer, e isso atraiu uma coisa com outra pra dar o problema da cabeça dela. Esse problema, e ainda juntou os problema dos ladrão tudo que invadiu a casa dela pra morar junto com ela, porque quando foi ver, o homem que ela arranjou era ladrão, e aí botou dentro de casa, pronto, nesse dentro de casa que botou... A polícia vinha, justificava ela, queria levar ela presa, os vizinho entrava no meio. Ela não sabia o que ela fazia, não podia buscar a polícia com medo deles matar ela. Só sei dizer que, quando pensou que não, o que

aconteceu foi esse problema, e daqui ficou no meio da rua, apanharam, levaram pro médico e internou, e hoje Jaci tá aí, tá uma pessoa traumatizada, que ela não pode ver grito, no lugar onde tem muito zoada, ela não se dá bem.

Com o término do projeto criado pelo padre, alguns dos 'marginais' passam a viver na casa de Jaci, na época ainda uma grande casa, hoje dividida e vendida ou alugada para várias famílias. Com eles, Jaci começa a consumir drogas, além do álcool (segundo Teca e Clarice, vizinhas, ela o faz coagida pelo bandidos), e sofre constantes abusos sexuais e violências. Este é o momento em que sua situação parece mais crítica.

Se Clarice e Teca relacionam o sofrimento de Jaci com os abusos a que era submetida por seus parceiros – em especial por aquele por quem se apaixonara –, Givaldo, pai-de-santo, chama a atenção não propriamente para a violência que ela sofria com a presença do namorado, mas para a tristeza e o pesar aos quais se entregou depois de abandonada. Segundo Givaldo, o fato de Jaci ter-se desfeito dos santos e dos encargos do candomblé deixados pela mãe foi uma das principais causas de seu problema: a partir desse momento, ter-se-ia acrescentado à fraqueza do corpo, que já a tomava, um enfraquecimento também do espírito, provocado pela ira das divindades às quais deveria reverenciar.

Apesar de haver alguma discordância entre as distintas versões, todos tendem a compor um quadro em que se mostra a gradativa perda e afastamento de Jaci de seu universo de relações, iniciado com a morte da mãe, seguido pela ruptura de laços com os amigos e vizinhos, por conta do alcoolismo e do envolvimento com as drogas e os 'marginais', e também pela separação do amante, divisão da casa e ruptura com a religião.

Evidencia-se nas narrativas que o episódio de loucura de Jaci não ocorreu de modo inesperado, pois ela já dava alguns sinais de perturbação: "Ficou chorando e tal, ela criou aquele negócio daquele problema de paixão. Ela foi ficando, já não conversando com ninguém, já foi ficando triste, nessa tristeza, ela aí, pronto. Quando ela procurou a mente, aí ela deu pra beber, beber, beber..." (Givaldo). No entanto, ninguém procurou intervir na situação até que seu quadro já se mostrava tão grave, que seus comportamentos ameaçavam os que estavam em torno. Jaci se tornou agressiva, quebrava coisas na casa, atirava nos passantes qualquer objeto que tivesse em mãos, gritava, corria, enfim, personificava o estigma do louco, aquele cujos atos não têm objetivo nem inteligibilidade.

Givaldo: Ela apanhava o lixo, jogava dentro de uma fonte que tem ali. Ela começou a jogar o lixo dentro da fonte, pra ninguém não lavar. Ela sentava na beira da fonte, ninguém panhava água, ninguém fazia nada. Os vizinho chamou, telefonou pro carro e o carro veio pegar.

Julina: Ela estava assim e eu acho que ela não estava em si. Porque ela começou a correr, ela começando a correr. O pessoa chamou a polícia pra pegar ela e ela enfrentou as polícia. Foi pra dentro de casa com pau, quando ela virou pra dentro de casa eles pegaram. Mas ela queria correr assim pelo...

A solução foi o internamento e, para controlá-la, contaram com ajuda da polícia. Não houve qualquer tratamento antes da hospitalização. A busca de terapias religiosas e/ou de tratamento médico ambulatorial parece ser uma questão decidida prioritariamente no seio da família, embora vizinhos e outros indivíduos pertencentes às redes de relação participem deste processo de escolha ao identificar a situação como um problema (mental, espiritual e outras), sugerir tratamentos, acompanhar a consulta e dar opinião sobre resultados, discutir prováveis causas, apoiar ou discordar das versões apresentadas pela família etc. Por outro lado, este episódio nos sugere também que as redes sociais que se mobilizam nos casos de doença não são exclusivamente individuais, mas são, em grande medida, redes ligadas à família. E como é a mulher, a mãe, a principal articuladora destas redes de relações, sua ausência (ou o fato de a mãe não conseguir estabelecer bem as conexões) pode significar para o indivíduo a perda, pelo menos parcial, da capacidade de poder contar com apoio.

Como afirma Barnes (1964), as redes sociais são compostas de relações que, em grande parte, herdamos, e parcialmente, construímos por nós mesmos. Jaci poderia ter superado a perda da mãe, mantido as ligações com a comunidade, poderia também ter mantido uma ligação com o candomblé, se tivesse cuidado dos encargos deixados por sua mãe. No entanto, seu caminho foi o de um isolamento crescente. Isolamento, nesse contexto, não significa uma separação física ou ausência total de contato social, porque ela ainda conversa com as pessoas na rua, vai às casas, co-habita com os inquilinos. O processo pelo qual passa Jaci envolve uma deterioração drástica do seu status moral: ela agora é tratada quase como se fosse uma não-pessoa.

Ao longo de sua trajetória, após o adoecimento, Jaci vai tendo o seu status moral diminuído, adquire uma nova identidade, quer seja de bêbada, louca, ou nervosa (ou um pouco da cada uma), passando a ocupar um posição de segunda categoria no âmbito da comunidade. Tolerada pelas pessoas, ela mantém conversas, pede bebidas e muitas vezes é atendida e, quando necessário, algum vizinho a leva ao hospital-dia, ou resolve suas desavenças com inquilinos. Mas, fundamentalmente, seu caráter moral sofreu uma modificação radical: já não se a considera uma pessoa completamente responsável, que se comporte razoavelmente dentro do padrão esperado, e com a qual se possa manter relações estáveis.

Certamente esta reação societal aos seus comportamentos – a maneira como os indivíduos com os quais Jaci interage concebem e reagem à sua persona – traz implicações para a imagem pela qual ela própria se representa a si mesma, para a maneira como ela se situa no mundo e se relaciona com os outros. Questões como esta passam ao largo dos estudos centrados exclusivamente na correlação entre redes sociais e busca de tratamento.

Conclusão

Procurou-se aqui discutir os trabalhos relacionados a redes sociais, buscando compreender melhor certos aspectos que, em grande medida, negligenciam-se na literatura especializada sobre o assunto. À luz dos dados apresentados, tentou-se apontar alguns problemas teórico-metodológicas observáveis em tais estudos.

Já se mencionou anteriormente que, neste tipo de investigação, tende a predominar um tipo de abordagem em que se enfatiza a densidade das redes – um elemento de sua morfologia (que diz respeito ao padrão de ligações em um conjunto de relações visto em sua totalidade) –, mas em que se dedica pouca atenção aos aspectos interativos, ou seja, às ligações mesmas entre os indivíduos. Especificamente sobre a relação entre redes sociais e doença mental, a questão norteadora das pesquisas diz respeito ao grau de interconexão das redes sociais nas quais os indivíduos se inserem, e que efeitos a densidade da rede (interconexão) produz na decisão de busca de ajuda médica.

Os instrumentos utilizados consistem em questionários que estipulam basicamente perguntas sobre status marital, existência de relações íntimas, conhecimento recíproco entre as pessoas apontadas como as mais íntimas e a freqüência de contato com estas pessoas e com parentes. Mediante este instrumento pretende-se medir tanto o grau de interconexão das redes quanto a intensidade das relações.

As pesquisas que centram a análise basicamente na investigação dos vínculos com o cônjuge, parentes próximos e amigos íntimos partem do pressuposto de que os significados atribuídos a tais relações são claros, não ambíguos. Não consideram, na devida medida, que os padrões normativos, as expectativas ligadas ao casamento e à relação com parentes, as avaliações de proximidade e intimidade variam amplamente, de acordo com a sociedade, certos setores dentro de uma sociedade e entre os indivíduos. Tomam-se como supostos termos como 'amigos íntimos', 'família', 'parentes', sem que se analisem os significados que adquirem em contextos sociais específicos.

No contexto em que se desenvolveu esta investigação, é inegável que as redes sociais relacionam-se muito claramente à forma de organização familiar. As redes sociais mobilizadas em torno de casos de problema mental não se ligam exclusivamente ao indivíduo, mas à família, e à mãe em particular. A centralidade da mulher na casa, seu papel na articulação das redes de parentesco e de vizinhança são elementos partícipes do conjunto de normas que regem a constituição familiar neste universo, logo, são de fundamental importância para os estudos de redes sociais.

Tratar todos os laços sociais íntimos como equivalentes e simétricos produz um achatamento dos significados das relações. Este efeito, sem dúvida, encontra-se relacionado ao instrumento usado nas pesquisas: o questionário. Nos questionários, ao se formularem as perguntas, sempre se supõe um membro ideal da sociedade, assumindo-se previamente determinados fatos e crenças como parte

de seu mundo. Um dos argumentos contra o uso deste instrumento é que a linguagem padronizada utilizada nos questionários só obtém respostas também previamente esquematizadas, que não necessariamente traduzem as respostas e estratégias que os sujeitos elaboram concretamente em sua vida cotidiana ou ante situações de crise.

Além disso, por se concentrarem apenas em alguns aspectos referentes às redes de relações sociais, as abordagens tradicionais empobrecem o poder explicativo do conceito. Ao quantificar as relações, reduzindo-as à presença ou não de cônjuge e ao número de íntimos citados pelos respondentes, tratam-se todos os laços sociais como se fossem simétricos e equivalentes, tanto em termos de poder, quanto da quantidade e dos tipos de recursos que fluem através deles; além disso, têm-se como irrelevantes as diferenças de conteúdo das relações: parentesco, amizade, vizinhança etc. (Wellman, 1988). Ainda, ao se enfocar apenas as relações mais íntimas, omitem-se outros setores importantes da rede social total, que fornecem pontos de referência essenciais, mediante os quais as pessoas fazem comparações, identificam e rotulam alguém como doente, e buscam informações sobre tratamentos (Pescosolido, 1992). Também são deixados de lado aqueles com quem as interações são tipicamente hostis, mas contra os quais o indivíduo tem que afirmar suas opiniões, crenças e valores pessoais.

Em termos gerais, pode-se afirmar que quanto mais forte um laço social (como a relação com cônjuges, parentes próximos e amigos íntimos), maior será a probabilidade de que funcione como apoio, bem como tende a aumentar o auxílio (proteção, ajuda material etc.) que se pode obter por seu intermédio. Contudo, em concordância com Granovetter (1982), aponta-se neste trabalho para a existência de evidências de que se os laços mais fortes têm um papel mais decisivo quando se trata de oferecer apoio, os laços mais fracos, relações relativamente superficiais e não íntimas, freqüentemente fornecem tipos distintos de ajuda e informação, pois, em geral, permitem o acesso a um número e uma variedade maior de círculos sociais. Ilustra isto a relação que une muitas mulheres moradoras do Nordeste de Amaralina a pessoas que ocupam uma posição mais elevada na sociedade, usualmente seus atuais ou ex-patrões.

Dentro deste campo de relações que não são exatamente as mais íntimas, não se pode também deixar de considerar aquelas interações que tendem a ser, senão hostis, ao menos permeadas de tensão e conflito, mas com as quais tanto o doente quanto sua família são obrigados a lidar no cotidiano. Por exemplo, os encontros nas ruas, entre aqueles que são tidos às vezes por 'loucos' e crianças e adolescentes que se comprazem em provocá-los, são carregados de tensão, a ponto de o doente – como no caso de Zelinha – passar a evitar de sair ou a reagir agressivamente nessas situações. Também as atitudes mais veladas de adultos, tecendo comentários sobre a loucura de outrem, são motivo de desagrado para os enfermos e para os que o rodeiam.

Em face dessa circunstância, as famílias podem reagir seja procurando afastar o indivíduo com problemas de situações de confronto, seja tentando mediar suas relações com estranhos por meio de monitoramento direto de seus comportamentos, ou da apresentação de histórias (histórias tristes) em que se o eximem de responsabilidade por seus atos (quer conferindo-lhes um rótulo de doente, quer atribuindo a um espírito a culpa pelos comportamentos 'loucos'). As visões e perspectivas parciais e eventualmente discordantes que aparecem nas narrativas expressam justamente as diferentes estratégias utilizadas para responder às polêmicas e aos conflitos existentes no interior de uma rede de relações.

As distintas estratégias para se lidar com o problema mental anteriormente apontadas induzem-nos a considerar ainda outro aspecto da questão já mencionado: nos estudos de redes sociais, busca-se usualmente a correlação entre a estrutura da rede social e a procura de ajuda médica, de modo que não se abordam as demais ações postas em prática para se conviver com o problema. Os estudos limitam-se meramente a supor que os indivíduos envolvidos em redes socais densas têm mais acesso a apoio, o que contribui para mantê-los por mais tempo afastados do tratamento médico. Ignora-se que a trajetória percorrida pelo enfermo, desde o momento em que a situação começa a se mostrar problemática até a busca de ajuda institucional (médica ou não), não é absolutamente linear.

Na maioria dos casos de doença mental, chega-se mais cedo ou mais tarde a uma instituição médica. Todavia, esta ação não é resultado necessário de um problema mental, nem seu ponto final em termos de tratamento. As trajetórias dos doentes são bastantes complexas, a começar pela própria definição do problema. Conforme se procurou mostrar, este é um processo interpretativo, em que se envolvem muitos fatores e não existem regras muito fixas para estabelecer qual o tipo de problema, a gravidade e as conseqüências que podem trazer. As definições e redefinições por que passam os casos se dão mediante um processo de negociações, em que se compartilham informações, dialoga-se com outros, reflete-se sobre o caso e reconstroem-se seus significados. A atribuição a alguém de um papel de 'doente', ou do rótulo de 'louco', emerge de um processo interativo que envolve a participação de vários atores pertencentes às redes sociais. Importa ressaltar, portanto, que se as redes sociais possuem uma dimensão que induz e constrange o comportamento dos indivíduos, levando-os a tomar certas decisões, possuem também um papel produtivo e construtivo, pois ser doente não é apenas uma condição biológica ou psicologicamente dada, mas um produto constituído com base nas definições e reações dos outros.

A decisão de buscar ajuda médica, por conseguinte, não deve ser o foco exclusivo dos estudos de redes sociais. Isto porque, se em termos bastante genéricos podemos dizer que os indivíduos identificados como sofredores de problemas mentais tendem a não dominar ou não respeitar as regras de sociabilidade que

regem a vida cotidiana (andam nus, são agressivos, não tomam banho, não conseguem manter uma conversa razoável etc.), as reações e práticas desencadeadas ao seu redor, por seu turno, não seguem um padrão uniforme e coerente: são variadas as práticas desenvolvidas para se restaurar ou manter a ordem perturbada por sua presença ou seus comportamentos ineptos e geradores de distúrbios. Tais práticas (discursivas inclusive) tanto têm o sentido de descrever e orientar as respostas de outros e do próprio enfermo, quanto constituem o próprio quadro social em que as ações ocorrem. O significado de um construto social é algo descoberto no trabalho vivido de produzi-lo (Hilbert, 1990). Isolar alguém do convívio social, manter a pessoa afastada de situações potencialmente embaraçosas, ou monitorar seu comportamento em público – como fazem os vizinhos de Jaci e as mães de Zelinha e de Nando –, não constituem apenas uma reação a um problema mental, mas fazem parte da própria construção da doença.

Voltando aos estudos de redes sociais, ainda um elemento merece ser discutido: a ênfase posta unicamente na dimensão estrutural das redes, sem que se atente para a sua dinamicidade. Esta perspectiva, portanto, não fornece um modelo adequado para explicar a formação, reprodução e transformação das redes sociais (Emirbayer & Goodwin, 1994). Como os dados do Nordeste de Amaralina nos mostram, ao longo de um processo de doença as redes sociais não se mantêm estáticas; laços sociais se mobilizam (e desmobilizam) em momentos distintos, relações se criam e rompem à medida que a enfermidade segue seu curso. As redes sociais podem ter um caráter transitório, isto é, certas relações podem permanecer muito tempo em uma espécie de estado de latência e só se mobilizar em certos contextos situacionais, em que um indivíduo, ou uma família, são lançados na dependência de outros, por acontecimentos com os quais não podem lidar sozinhos (Janzen, 1964; Boswell, 1969). Além disto, em um percurso em que se sucedem diversas estratégias para se lidar com o problema, ocorrem mudanças tanto na percepção da doença, quanto na configuração das redes sociais em cada estágio do caso.

Por outro lado, pode-se dizer que a tentativa de correlacionar a estrutura de uma rede social a um certo tipo de comportamento esperado do indivíduo nela envolvido torna esse tipo de análise perigosamente semelhante àquela abordagem criticada pelos primeiros teóricos das redes sociais. Embora, nesses estudos, a preocupação já não seja estabelecer o status do indivíduo para determinar qual o comportamento normativamente esperado dele, em circunstâncias rotineiras, idéias de integração social ainda permanecem como pressupostos: quanto mais a rede de relações se interconecta, mais as normas e valores do grupo se reforçam. Os dados do Nordeste de Amaralina, contudo, não parecem apontar nesta direção: embora as redes de relações possam, em muitos casos, mostrar-se bastante interconectadas no bairro, não há garantias de consenso, não existe um padrão único de normas e regras.

Em boa parte dos estudos sobre redes sociais e doença, as relações entre indivíduos participantes de uma rede social são subsumidas a uma lógica explicativa:[7] busca-se estabelecer relações regulares entre fenômenos ou encontrar uma estrutura que previamente determine os cursos de ações humanas. Assim, reduz-se a experiência vivida ao resultado de certos fatores causais, e os fenômenos humanos passam a ser tomados como objetos mudos, sem vida. Ao se adotar essa perspectiva, nega-se a possibilidade de uma compreensão profunda das relações entre as pessoas.

A despeito de os primeiros teóricos de redes sociais terem apontado na direção certa – ao sublinhar a importância das interações entre os sujeitos para suas ações –, os estudos concretos, em grande medida, minimizaram esses *insights*, os quais devem ser retomados, se temos em conta que as práticas sociais se dão em um campo de significados compartilhados, que se formam em processos de negociação. Os significados da enfermidade se formam dentro desta rede de luz e sombra, em que cada voz projeta uma imagem diferente sobre o objeto. É no âmbito deste meio de harmonia e dissonância dialógica que a enfermidade adquire seu tom e perfil.

NOTAS

1 Tradução da autora. No original: "A specific set of linkages among a defined set of persons, with the aditional property that the characteristics of those linkages as a whole may be used to interpret the social behaviours of these persons involved" (p.35).

2 Para Kleinman (1978), o Sistema de Cuidado com a Saúde contém três arenas (ou subsistemas): popular, *folk* e profissional. O setor profissional é constituído pela medicina científica ocidental e pelas medicinas tradicionais profissionalizadas; o setor *folk* é composto por especialistas não profissionais de cura, como rezadores, curadores etc.; a arena popular compreende principalmente o contexto leigo, familiar, da doença.

3 Conforme se demonstrou no capítulo 2 deste livro.

4 Ver capítulo 1.

5 O caso de Nando foi também objeto de investigação, em uma outra perspectiva, na dissertação de Jorge Iriart, A construção social do problema mental na infância em um bairro de classe trabalhadora de Salvador, apresentada ao Mestrado de Saúde Coletiva, em 1992. Aqui, procuramos enfatizar a questão das redes sociais que interferem no curso da doença.

6 Ver capítulo 2.

7 Tema ao qual voltaremos no capítulo 4.

Referências Bibliográficas

BARNES, J.A. Class and committee in a norwegian island Parish. *Human Relations*, (7):39-58, 1964.

BOSWELL, D.M. Personal crises and the mobilization of the social network. In: MITCHELL, J. (Ed.) *Social Networks in Urban Situations*. Manchester: Manchester University Press, 1969.

BOTT, E. *Família e Redes Sociais*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1976.

EMIRBAYER, M. & GOODWIN, J. Network analysis, culture, and the problem of agency. *American Journal of Sociology*, 99(6):1.411-1.454, 1994.

GRANOVETTER, M. The strength of weak ties: a network theory revisited. In: MARSDEN & NAN LIN (Eds.) *Social Structure and Network Analysis*. Beverly Hills: Sage Publication, 1982.

HILBERT, R. Ethnomethodology and the micro-macro order. *American Sociological Review*, 55:794-808, 1990.

HOROWITZ, A. Social networks and pathways to psychiatric treatment. *Social Forces*. 56:1, 1977.

IRIART, J. A construção social do problema mental na infância em um bairro de classe trabalhadora de Salvador. 1992. Dissertação apresentada ao Mestrado de Saúde Comunitária. Salvador: Universidade Federal da Bahia.

JANZEN, J. *The Quest for Therapy in Lower Zaire*. Berkeley: University of California Press, 1964.

KADUSHIN, C. Social density and mental health. In: MARSDEN & NAN LIN (Eds.) *Social Structure and Network Analysis*. Beverly Hills: Sage Publication, 1982.

MITCHELL, J.C. The concept and use of social networks. In: MITCHELL, J.C. (Ed.) *Social Networks in Urban Situation*. Manchester: Manchester University Press, 1969.

PESCOSOLIDO, B.A. Beyond rational choice: the social dynamics of how people seek help. *American Journal of Sociology*, 97(4):1.096-1.138, 1992.

PRICE, F. Only connect? Issues in charting social networks. *Sociological Review*. 29(2):283-312, 1981.

RABELO, M.; ALVES, P.C. & SOUZA, I.M. The many meanings of mental illnes among the urban poor. In: HARPHAM, T. & BLUE, I. (Eds.) *Mental Health and Urbanization in Developing Countries*. Aldershot, UK: Avebury, 1995.

WELLMAN, B. Structural Analysis: from method and metaphor to theory and substance. In: WELLMAN. B. & BERKOWITZ, S.D. (Eds.) *Social Structures: a network approach*. Cambridge: Cambridge University Press, 1988.

4

Escolha e Avaliação de Tratamento para Problemas de Saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico[1]

Paulo César B. Alves & Iara Maria A. Souza

Introdução

A literatura socioantropológica sobre itinerário terapêutico tem como principal objetivo interpretar os processos pelos quais os indivíduos ou grupos sociais escolhem, avaliam e aderem (ou não) a determinadas formas de tratamento. Essa problemática fundamenta-se na evidência de que os indivíduos encontram difrentes maneiras de resolver os seus problemas de saúde. No caso das sociedades complexas modernas, esse fato assume maior proporção e significado. Nelas, os indivíduos geralmente se deparam com mais possibilidades de escolha, uma vez que encontram à disposição uma ampla gama de serviços terapêuticos (pluralismo médico). Estes serviços desenvolvem diferentes métodos e premissas para explicar as aflições dos pacientes. São distintos serviços que padronizam, interpretam e procuram tratar a aflição dentro de modelos explicativos muitas vezes desconhecidos – ou só parcialmente conhecidos – pelos leigos.

A análise do itinerário terapêutico não se limita, contudo, a identificar a disponibilidade de serviços, os seus modelos explicativos e a utilização que as pessoas fazem das agências de cura. Tais elementos são insuficientes para compreender o complexo processo de escolha. Nesses estudos, torna-se importante levar em consideração que a escolha de tratamento é influenciada pelo contexto sociocultural em que ocorre. Assim, a análise sobre itinerário terapêutico envolve necessariamente a idéia de que as distintas trajetórias individuais se viabilizam em um campo de possibilidades socioculturais, para elaboração e implementação de projetos específicos e até contraditórios (Velho, 1994). Trata-se, portanto, de estudos que procuram identificar a dinâmica

contextual com base na qual se delineiam os projetos individuais e coletivos de tratamento. Pela própria natureza, requerem uma abordagem que permita estabelecerem-se relações entre a dimensão sociocultural e a conduta singularizada de indivíduos.

Neste aspecto, tais estudos deparam-se com algumas questões cruciais para a teoria social contemporânea. Uma dessas questões diz respeito à própria lógica interpretativa mediante a qual se visa a analisar os universos sociais e simbólicos, dentro dos quais as pessoas buscam e avaliam determinados tratamentos para as suas aflições. O objetivo do presente trabalho é duplo: por um lado, partindo de uma preocupação epistemológica, busca identificar e discutir alguns dos princípios que regulam o ato interpretativo nos estudos tradicionais sobre o itinerário terapêutico. Por outro, pretende considerar, de um ponto de vista teórico, o próprio conceito de itinerário terapêutico, avaliando diferentes abordagens ao tema e propondo novos caminhos para investigação. Apesar de se citarem vários trabalhos produzidos sobre os processos de escolha de tratamento, não se propõe, aqui, desenvolver uma revisão exaustiva, mas apenas indicar alguns aspectos críticos no estudo dos itinerários.

As Interpretações do Itinerário Terapêutico

Os primeiros trabalhos sobre itinerário terapêutico foram elaborados no âmbito de uma concepção tradicionalmente conhecida como comportamento do enfermo (*illness behaviour*), termo criado por Mechanic & Volkart (1960). Entre as pesquisas realizadas segundo essa ótica, as de Mechanic foram as que melhor caracterizaram a concepção de *illness behaviour*. Inicialmente, as pesquisas tinham uma forte coloração pragmática: os indivíduos orientam racionalmente a conduta para a satisfação das suas necessidades. Em outras palavras, tomava-se como princípio o fato de que os indivíduos defrontam-se no mercado como produtores e consumidores e cada um procura obter as maiores vantagens possíveis em suas transações. Tratava-se, portanto, de uma teoria baseada em uma concepção voluntarista, racionalista e individualista, com base no pressuposto de que as pessoas avaliam suas escolhas em termos de custo-benefício.

As premissas do modelo utilitarista e racionalista foram, desde cedo, objeto de crítica por parte de vários teóricos. Parsons (1964; 1979), por exemplo, já havia observado a excessiva simplificação desse modelo. Para ele, a ação humana é inseparável de atos de interpretação; logo, para entendê-la, é necessário reconhecer a importância dos valores e normas que orientam a conduta dos indivíduos. No entanto, por muito tempo ainda, o modelo utilitarista e racionalista permaneceu, sob novas roupagens teóricas, como referência central nos estudos sobre itinerário terapêutico. Um exemplo significativo é o modelo teórico de decisão (*decision theoretic model*) desenvolvido por Fabrega (1974).

Uma segunda grande vertente dos estudos sobre *illness behaviour*, talvez a mais importante, procurou investigar a determinação de valores culturais supostamente oriundos das minorias étnicas, a diferentes grupos socioeconômicos, estruturas familiares, gênero e idade, nas respostas aos problemas de saúde. A ênfase da análise, neste caso, costumava recair sobre a identificação dos fatores culturais e/ou elementos cognitivos que determinam a pouca ou alta utilização dos serviços de saúde, especialmente profissional, e os aspectos cognitivos dos pacientes referentes ao processo de tratamento. Um dos mais importantes trabalhos nessa área foi o de Zborowski (1952), que analisou comparativamente como americanos de origem judaica, italiana e irlandesa reagiam à dor em um hospital de Nova York. Significativa também foi a investigação de Koos (1954) sobre as decisões de tratamento em uma pequena cidade americana. Tentando, em parte, aliar a interpretação coletivista ao modelo utilitarista-racionalista, o autor observou que o processo de escolha de tratamento estava fortemente relacionado às necessidades e condições financeiras da família.

Os estudos tradicionais sobre *illness behaviour* adquiriram importância ao chamar a atenção para os fatores extrabiológicos da doença. Quase todos, porém, apresentam sérios problemas de caráter teórico-metodológico. McKinlay (1972), por exemplo, observou que algumas dessas pesquisas utilizaram tanto informações de pessoas que estavam sob tratamento médico profissional, quanto dados retrospectivos de informantes que já haviam concluído a carreira de paciente, sem avaliar criticamente as diferenças epistemólogicas entre ambos e sua implicação para a análise. Para Dingwall (1976), por sua vez, um dos problemas de tais estudos foi o fato de tratarem as ações dos indivíduos apenas do ponto de vista da demanda do sistema de serviços de saúde. Além do mais, boa parte das análises acerca de definições populares sobre doença e processos terapêuticos partiu de uma crença não questionada no modelo biomédico, como se fosse o único existente. Conseqüentemente, ao explicar as ações dos indivíduos atribuíram excessiva ênfase à racionalidade do modelo biomédico, com o qual se contrastavam os processos lógicos do conhecimento leigo.

As diversas considerações críticas a respeito dos estudos tradicionais sobre *illness behaviour* contribuíram, em grande parte, para importantes reformulações teórico-metodológicas relacionadas à questão do itinerário terapêutico. Os trabalhos etnográficos desenvolvidos a partir da década de 70 passaram a salientar o fato de que as sociedades, e mesmo grupos sociais dentro delas, não só elaboram diferentes concepções médicas sobre causas, sintomas, diagnósticos e tratamentos de doenças, como estabelecem convenções sobre a maneira como os indivíduos devem comportar-se quando estão doentes (Lewis, 1981). Essa mudança de perspectiva trouxe uma nova interpretação acerca das definições e significados que os indivíduos e grupos sociais, em diferentes contextos, atribuem às suas aflições. A análise sobre o itinerário

terapêutico dirigiu-se então para os aspectos cognitivos e interativos envolvidos no processo de escolha e tratamento de saúde. Assim Dingwall (1976), por exemplo, argumentou que o indivíduo procura tratamento em um serviço terapêutico quando atribui relevância a algum distúrbio biológico que afete a sua interpretação de normalidade. Blaxter & Paterson (1982) observaram que, em Aberdeen, mães de classe operária têm uma definição funcional sobre saúde e doença e só procuram ajuda médica para os filhos quando estes não podem mais desempenhar normalmente as tarefas cotidianas.

A análise interativa do itinerário terapêutico foi fortemente influenciada pelos estudos sobre redes sociais. Amostra significativa foi o trabalho realizado na África por Janzen (1978), responsável por lançar o conceito de *management group of therapy*, que consiste em um grupo de parentes e amigos mobilizados para definir a situação e buscar uma resolução quando a doença atinge um indivíduo. O que o grupo faz, de fato, é trocar informações, prover apoio moral e tomar as decisões e providências. Boa parte das pesquisas sobre redes sociais e saúde procurou correlacionar certos aspectos da estrutura das redes (a densidade, isto é, seu grau de interconexão) a um determinado padrão de busca de ajuda médica. A questão básica era o fato de que os indivíduos, dependendo da estruturas das redes sociais em que se inserem, têm maior ou menor probabilidade de procurar o médico ou o psiquiatra (Price, 1981). Horowitz (1977), em um estudo sobre procura de serviços em uma clínica psiquiátrica, mostrou que indivíduos envolvidos em redes de interação informais, marcadas por forte interconexão entre seus integrantes, recorrem menos a agências psiquiátricas profissionais, por sofrerem maior controle do grupo e terem mais acesso a suporte social. Além disso, pressupondo que uma das características das redes sociais é a capacidade de fornecer conexões com as instituições, Horowitz defende a idéia de que, quanto mais uma pessoa conecta-se a outras que não mantêm conexões entre si, mais tem canais para obter informações e, por conseguinte, mais facilmente procurará as agências psiquiátricas formais.

Na tentativa de ordenar as diferentes interpretações sobre doenças e processos de tratamento entre as várias alternativas disponíveis em uma dada sociedade, os antropólogos passaram a sugerir distintas classificações de sistemas terapêuticos. Entre elas, o modelo proposto por Kleinman (1978; 1980) tem sido atualmente o mais utilizado. Voltado prioritariamente para o estudo de práticas médicas e cura, Kleinman criou o conceito de sistema de cuidados com a saúde (*health care system*), em que aponta para uma articulação sistêmica entre diferentes elementos ligados à saúde, doença e cuidados com a saúde, tais como: experiência dos sintomas, modelos específicos de conduta do doente, decisões concernentes a tratamento, práticas terapêuticas e avaliação de resultados (Kleinman, 1978). Para este autor, a maioria dos sistemas de cuidados com a saúde contém três arenas (ou subsistemas) sociais dentro das quais

a enfermidade é vivenciada: profissional, *folk* e popular. A arena profissional é constituída pela medicina científica, 'ocidental' (cosmopolita), pelas profissões paramédicas reconhecidas ou pelos sistemas médicos tradicionais profissionalizados (chinês, ayurvédico, unãni etc.). O setor *folk* é composto pelos especialistas 'não oficiais' da cura, como curandeiros, rezadores, espiritualistas e outros. O popular, por sua vez, compreende o campo leigo, não especializado da sociedade (automedicação, conselho de amigo, vizinho, assistência mútua etc.). É justamente nesta última arena que a maior parte das questões ligadas à interpretação, tratamento, cuidados com a doença são inicialmente resolvidas.

Para entender as práticas que se processam no interior de cada setor, bem como as relações entre as diferentes arenas, Kleinman desenvolveu o conceito de 'modelo explicativo'. É um conjunto articulado de explicações sobre doença e tratamento, que determina o que se pode considerar como evidência clínica relevante e como se organiza e interpreta esta evidência com base em racionalizações construídas por perspectivas terapêuticas distintas. Conforme Kleinman, os modelos explicativos populares se baseiam em um grupo de estruturas cognitivas que têm seu fundamento na cultura compartilhada por todos os integrantes de um certo grupo. Assim, embora reconheça em tese a importância de fatores sociais e interativos, em seus trabalhos, Kleinman acaba por enfatizar apenas os elementos culturais e, por este motivo, tende a dar uma visão unificada dos modelos explicativos, especialmente os populares.

Como regra, a análise dos sistemas terapêuticos, mais particularmente aqueles relacionados ao modelo explicativo, tende a compartimentalizar os subsetores do sistema. Como observa Harrel (1991), nesta perspectiva supõe-se que os indivíduos interpretem certos tipos de prática como 'mais adequadas' para lidar com certos tipos de doenças, de tal forma que se considera que os padrões de seleção entre alternativas terapêuticas sejam definidos por certas situações de enfermidade. É importante observar que, em um contexto de pluralismo médico, os diversos subsetores usualmente não estabelecem fronteiras definidas entre si, podendo coexistir com pouca capacidade de se excluírem mutuamente. Assim, as relações entre as interpretações subjetivas dos indivíduos e os modelos explicativos dos diferentes subsetores terapêuticos não necessariamente se enquadram de acordo com um modelo integrado e coerente (Comaroff, 1978). Last (1981) aponta para o fato de que as pessoas possam engajar-se em processos terapêuticos sem saber, ou querer saber, sobre a lógica interna do sistema escolhido.

Considerações Críticas sobre a Lógica Explicativa dos Itinerários Terapêuticos

Neste breve levantamento bibliográfico sobre as principais interpretações do itinerário terapêutico, podemos observar que quase todos os estudos citados fundamentam-se em discursos essencialmente explicativos. É por meio de enunciados de caráter nomológico-dedutivo que se procura interpretar os complexos processos da escolha e avaliação de tratamento. Pode-se notar que tais estudos procuram desenvolver argumentos com base em premissas previamente estabelecidas (como 'escolha racional', 'valores culturais', 'estruturas de redes sociais' e mesmo 'modelos explicativos')[2] que objetivam explicar as ações de indivíduos ou grupos sociais. Assim, a interpretação das ações que as pessoas desenvolvem para lidar com as suas aflições é subsumida a uma lógica meramente explicativa, característica de um determinado modelo do conhecimento científico. Acreditamos que considerar a interpretação e a explicação como equivalentes e intercambiáveis acarreta sérios problemas epistemológicos.

A explicação é um ato ilocucionário que pressupõe um argumento demonstrativo fundamentado em relações estabelecidas entre conclusão e premissas (Achinstein, 1989). O foco prioritário e fundante da explicação reside na enunciação, como uma operação construtiva que parte da formulação de juízos ou discursos de verdade ou falsidade, implicando concepções de causa, leis, hipóteses, verificações e deduções (Brown, 1972). Deste modo, a explicação esclarece algo pela perspectiva racional, lógica, da conduta humana. A lógica explicativa baseia-se na busca de uma regularidade, de uma suposta ordem. É por intermédio de enunciados, tomados como universais, que o investigador estrutura o seu argumento lógico para entender a multiplicidade das ações sociais. Em decorrência, o processo explicativo pressupõe alguns juízos proposicionais que expressam generalidades empíricas ou idealidades sobre os eventos humanos. A explicação é um modelo de entendimento cujo campo paradigmático, é desnecessário dizer, foi proveniente das ciências naturais e matemáticas. Trata-se de um modelo em grande parte responsável pela emergência de uma certa imagem de cientificidade, a qual funciona como idéia reguladora e princípio definidor de critérios internos a todo o empreendimento de conhecimento que tenha a pretensão de se apresentar como ciência. Essa representação do conhecimento científico foi (e em alguns aspectos continua sendo) marcante nas ciências sociais. Para Radcliffe-Brown, por exemplo, a investigação antropológica deveria ser constituída "por métodos essencialmente semelhantes aos empregados nas ciências físicas e biológicas" (1973:233). Leach, engenheiro por formação, afirmava que a antropologia poderia aprender muito se começasse a pensar nas idéias organizacionais da sociedade como "constituintes de um padrão matemático" (1974:15).

Reduzir a interpretação a um ato explicativo, porém, conduz a problemas epistemológicos, pois a atitude explicativa, por sua própria estrutura cognitiva, busca atrás ou subjacentemente às experiências sociais uma 'geometria do vivido' ou uma 'gramática das ações'. Restringindo-se à regularidade da conduta humana, o pesquisador tende a reduzir os atores sociais e suas ações a modelos tipológicos ou classificatórios pré-determinados. Essa tendência expressa-se claramente nas proposições de Lévi-Strauss sobre a "dissolução do homem", de Lacan e Althusser sobre o sujeito como mero "efeito", no ataque de Derrida à "metafísica da presença". A atitude explicativa não leva em devida conta o contexto intencional, circunstancial e dialógico em que os indivíduos desenvolvem suas ações.

A interpretação, nas ciências sociais, é uma tarefa que deve pôr em primeiro plano o universo de significações das experiências individuais. A interpretação é basicamente um ato compreensivo; e compreender é apreender e explicitar o sentido da atividade individual ou coletiva como realização de uma intenção. Isso não significa que a interpretação exclua a explicação. Esta, contudo, só ocorre se, em um certo sentido, a compreensão das ações e seus significados já se realizou. Ao se estudar os processos de escolha de tratamento, é preciso considerar que esses processos não são meramente fatos que podem ser apreendidos com base em conceitos genéricos, mas ações humanas significativas, dependentes das coordenadas estabelecidas pelo mundo intersubjetivo do senso comum (Alves, 1993).

Interpretar é, portanto, buscar significações, ou seja, compreender as formas expressivas que se referem diretamente às experiências e vivências de outras pessoas. Tais formas expressivas constituem representações, processos pelos quais os indivíduos exprimem algo a respeito da coisa representada. Assim, uma importante tarefa do antropólogo é tornar inteligíveis certas expressões (ações e enunciados) culturais partilhadas por um determinado grupo social.

O processo de tornar inteligíveis as representações humanas é, por si só, uma tarefa complexa. A história da antropologia é, em grande parte, uma história pontuada pela constante busca de métodos que permitam a análise dos processos de significação desenvolvidos pelos membros de uma dada sociedade. É importante observar, entretanto, que não se podem tomar as construções teóricas elaboradas pelos pesquisadores como aquelas que melhor expressam as experiências e vivências dos atores sociais. Afirmar o contrário é assumir uma máxima romântica e duvidosa, para a qual as generalizações interpretativas da antropologia, por terem acesso a universos sociais e simbólicos mais amplos, são tão ou mais inteligíveis e esclarecedoras do que as interpretações dos próprios atores. Toda interpretação científica é interpretação unilateral, pois fundamenta-se em regras genéricas e genéticas. No caso da antropologia, trata-se de um saber construído não apenas por uma rede de conceitos e definições previamente definidos, como também por contatos interativos desenvolvidos pelo pesquisador no trabalho de campo. Isso não diminui, obviamente, a validade e a importância do saber antropológico; apenas

chama a atenção para o fato de que toda interpretação do fenômeno cultural é essencialmente de caráter conjectural. Logo, não esgota todos os horizontes potenciais de sentido que podem se atualizar a partir das ações dos indivíduos. É fundamental, portanto, ter consciência de que a interpretação antropológica está mais próxima de uma lógica de incertezas e probabilidades do que de conclusões verdadeiras e dedutivas. É ilusória a ambição de se chegar a generalizações científicas que permitam descrever completamente um fenômeno cultural. Como nos diz Sperber, "embora faça menor apelo à imaginação e maior à experiência, o etnógrafo é pertinente (...) à maneira do romancista", de modo que, se a leitura dos *Argonautas do Pacífico Ocidental*, de Malinowski, de *Naven*, de Bateson ou da *Religião dos Nuer*, de Evans-Pritchard, contribui para a nossa compreensão de nós próprios e do mundo em que vivemos, não é porque comportem generalizações interpretativas, é porque transmitem, confusamente inteligíveis, alguns fragmentos da experiência humana que, só por si, justificam a viagem (Sperber, 1992:57).

O Itinerário Terapêutico: aspectos teóricos e metodológicos

Considerando as observações expostas, podemos dizer que é necessário que os estudos sobre itinerário terapêutico possam 'descer' ao nível dos procedimentos usados pelos atores na interpretação de suas experiências e delineamento de suas ações sem, contudo, perder o domínio dos macroprocessos socioculturais. Esta seção procura discutir algumas premissas que julgamos importantes para a interpretação do itinerário terapêutico.

A primeira observação a ser feita é que a escolha e a avaliação do tratamento realizadas por um indivíduo ou grupo social não se atêm a um único conjunto de estruturas cognitivas, que se possa identificar como a fonte última de significados das afirmações proferidas pelo informante. Tampouco podemos afirmar que se pode considerar uma forma de conhecimento como o conhecimento autêntico sobre eventos médicos, pois nos enunciados dos informantes freqüentemente misturam-se explicações diversas e tipos diferentes de conhecimentos (teóricos, de eventos e de experiências prévias), que são produzidos pela negociação de significados com outras pessoas. Todas essas formas de conhecimentos ligam-se entre si e vão-se modificando uma às outras continuamente (Young, 1981). Assim, torna-se necessário que toda análise sobre o itinerário terapêutico ponha em evidência as experiências, as trajetórias e projetos individuais formulados e elaborados dentro de um campo de possibilidades, "circunscrito histórica e culturalmente, tanto em termos da própria noção de indivíduo como dos temas, prioridades e paradigmas culturais existentes" (Velho, 1994:27).

Na interpretação de um determinado processo de escolha terapêutica é preciso que se apresente o sujeito desse processo como alguém que compartilha com outros um estoque de crenças e receitas práticas para lidar com o mundo, receitas estas que foram adquiridas (e ampliadas, reformuladas ou mesmo descartadas) ao longo de uma trajetória biográfica singular. É claro que uma interpretação não pode captar e reproduzir todas as variáveis que atuam sobre as biografias específicas. Tampouco é tarefa da antropologia se ater ao mundo subjetivo dos atores sociais. Haverá sempre uma dimensão não penetrada da subjetividade que torna impossível sua reprodução pela análise externa do pesquisador. Contudo, não se pode esquecer que os sujeitos constroem suas ações em um mundo sociocultural, cuja estrutura deriva de um processo histórico e, portanto, diferente para cada cultura e sociedade. Trata-se de um mundo pré-construído e pré-organizado, no qual os indivíduos nascem e desenvolvem seus trajetos biográficos. Os sistemas de signos e símbolos, as instituições, os recursos materiais e as hierarquias são alguns dos elementos que configuram as situações nas quais os indivíduos se encontram e desenvolvem uma variedade de relacionamentos. Esses elementos são tomados como suposições básicas ('fazem sentido') para determinados grupos sociais e servem de referências para os processos comunicativos, as definições e projetos individuais ou coletivos. Porém, reconhecer a existência de estruturas sociais não significa dizer que elas sejam determinantes das ações humanas. Uma coisa é o significado objetivo de um dado fenômeno sociocultural definido por um padrão institucionalizado; outra coisa, o modo particular como o indivíduo define a sua situação no seio dele.

Tais considerações teóricas são fundamentais para o estudo do itinerário terapêutico, permitindo-nos pôr em relevância dois aspectos essenciais e interligados: as definições de situação e a natureza das relações intersubjetivas no processo de tomada de decisão. Para que se possa entender como esses dois elementos constituem pontos focais na análise, torna-se necessário precisar, ou, antes, reformular o conceito de itinerário terapêutico.

A idéia de itinerário terapêutico remete a uma cadeia de eventos sucessivos que formam uma unidade. Trata-se de uma ação humana que se constitui pela junção de atos distintos que compõem uma unidade articulada. Aqui, novamente, temos dois aspectos a observar: primeiro, o itinerário terapêutico é o resultado de um determinado curso de ações, uma ação realizada ou o estado de coisas provocado por ela. Estabelecido por atos distintos que se sucedem e se sobrepõem, o itinerário terapêutico é um nome que designa um conjunto de planos, estratégias e projetos voltados para um objeto preconcebido: o tratamento da aflição. No curso dessas ações, evidentemente, fazem-se presentes interesses, emoções e atitudes circunstanciais. Segundo, o itinerário terapêutico não é necessariamente produto de um plano esquematizado, pré-determinado. Só é possível falar de uma unidade articulada quando o ator, ao olhar para as suas experiências passadas, tenta interpretá-

las de acordo com as suas circunstâncias atuais, com o seu conhecimento presente. Por conseguinte, se podemos dizer, por um lado, que o itinerário terapêutico é uma experiência vivida real, por outro, sua interpretação é uma tentativa consciente de se remontar ao passado com objetivo de conferir sentido ou coerência a atos fragmentados. Nesse aspecto, o itinerário terapêutico envolve tanto ações quanto discurso sobre essas ações.

É necessário entender o significado das ações que constituem o itinerário terapêutico. Em primeiro lugar, estas se fundamentam em diferentes processos de escolha e decisão. Falar de processo de escolha é referir-se a uma consciência de possibilidades que estão ao alcance e são igualmente acessíveis ao indivíduo. Assim, torna-se necessário que o sujeito da escolha, para fazê-la, transforme seu ambiente social (que a todo momento lhe impõe diversas alternativas) em um campo denominado por Husserl de 'possibilidades problemáticas', dentro do qual a escolha e a decisão se tornam possíveis. O termo 'problemática' refere-se ao fato de que a escolha a ser feita pelo indivíduo – a opção por um determinado caminho e abandono, ao menos temporariamente, dos outros – é passível de ser questionada. É importante observar que, se as alternativas que o mundo social oferece estão fora de controle dos indivíduos e são todas igualmente possíveis, o projeto – o ato intencional de se estabelecer um curso futuro resultante das ações – está dentro de seu controle. Portanto, não se podem confundir, na análise dos processos de escolha e decisão, os 'campos de possibilidades', um fenômeno sociocultural, com 'possibilidades problemáticas', que não são alternativas pré-constituídas, mas decorrências de construções de indivíduos. Uma análise que se atenha apenas à descrição das alternativas e possibilidades oferecidas pela sociedade/cultura não poderá compreender como são construídos em contextos específicos os complexos processos de escolha e decisão de tratamento.

Ao se descrever o processo pelo qual os indivíduos transformam seu ambiente social em um campo de possibilidades problemáticas, deve-se levar em consideração pelo menos dois aspectos: a imagem do que poderá ser o curso futuro projetado da ação e a sua legitimação. Fundamentado em ações distintas, voltadas para objetos preconcebidos, o itinerário terapêutico não passa de uma coleção sintética de projeções individuais. Assim, cada ato de escolha está relacionado ao que o ator antecipa a respeito do que vai ser ou como deve ser determinado tratamento. Mas como alguém pode saber qual será ou qual deve ser o resultado da sua decisão? Não tem sentido responder a esta questão afirmando que cada caminho ou opção disponível já apresenta, objetivamente, solução ou desenvolvimento futuro. Somente no curso da ação – e, portanto, após realizado o ato de escolha –, é que o indivíduo começa a interpretar a sua situação, suas ações e o estado de coisas resultante. No ato da escolha e na tomada de decisão, o que existe é uma imagem do que pode ser a sua opção: trata-se, no caso, de uma imagem de que determinado tratamento seja o mais adequado para a sua aflição.

A imagem, como observa a fenomenologia, é um modo de se intencionar a realidade exterior. É um nome para uma certa maneira que a consciência dispõe de visar o seu objeto, de referir-se ao mundo. Para Sartre, a "imagem é um certo tipo de consciência" (1967:122). Imaginar é explicitar o "sentido implícito do real", sendo o imaginário indispensável para uma apreensão do real como totalidade. Como consciência, a imagem está sempre voltada para o mundo, só existe e só pode existir em relação às coisas, aos objetos. Imagem e mundo – entendido como totalidade daquilo que se apresenta à consciência – surgem ao mesmo tempo. Deste modo, no ato da escolha terapêutica, a apreensão do que seja o tratamento adequado se dá 'em imagem' – imagem que é, em grande parte, responsável pela elaboração de um projeto e conseqüente tomada de decisão.

A formação das imagens sobre os tratamentos não se constitui, entretanto, mero exercício individual da imaginação criadora. A consciência não estabelece seus objetos *ex nihilo*, pela autonomia da interioridade subjetiva, mas valendo-se de processos interpretativos construídos e legitimados por meio da interação social, na qual os significados são continuamente (re)formulados no interior de situações dialógicas específicas. É preciso não ignorar que os discursos, por serem eminentemente situacionais, encontram-se impregnados de interesses, hesitações, incongruências, estratégias e conflitos. Uma imagem acerca de um tratamento tem um caráter fluido, pois não é inteiramente formada pela adesão dos sujeitos a um certo modelo interpretativo, e sim construída dentro de redes de relações sociais. São justamente essas redes sociais, constituídas ou mobilizadas nos episódios de aflição, que servem de referência para os indivíduos e, portanto, sustentam e confirmam as elaborações de imagens relacionadas a determinados tipos de tratamento. Em outras palavras, uma imagem é subjetivamente dotada de sentido porque os outros membros do grupo social afirmam-na como real. Importa salientar, contudo, que as redes sociais não constituem entidades fixas e cristalizadas, como mostrou Boswell (1969): como fenômenos sociais, constroem-se intersubjetivamente no curso de eventos concretos, nos quais continuamente se negociam e confirmam os significados de tratamento e cura no cotidiano de cada membro do grupo.

Conclusão

Conquanto pareça existir uma tendência de que a ocorrência de certos sinais e sintomas implique uma ação imediata de determinada busca de auxílio terapêutico, não se pode afirmar que exista um padrão único e definido no processo de tratamento. O itinerário terapêutico é um fenômeno por demais complexo para que possa ser subsumido a generalidades que procedem pela descoberta de leis que ordenam o social. A recorrência simultânea a vários tratamentos e a existência de visões discordantes – e até mesmo contraditórias – sobre a questão

terapêutica evidenciam que tanto a doença como a cura são experiências intersubjetivamente construídas, em que o paciente, sua família e aqueles que vivem próximos estão continuamente negociando significados (Rabelo, 1993). Vale observar que as decisões a respeito de tratamento se dão no interior de um complexo processo, em que importa tanto a adesão dos sujeitos a certas imagens, quanto as interações que ocorrem no interior das redes de relações dos indivíduos, que podem confirmar ou não essas imagens.

Desconhecer tal realidade pode ser problemático para qualquer análise sobre o itinerário terapêutico. As diversas teorias que abordam essa temática, presas a princípios de caráter nomológico-dedutivo, procuraram desenvolver, em diversos níveis, argumentos baseados em premissas previamente estabelecidas para explicar as ações individuais. Assim, na busca de uma generalidade, de uma suposta ordem, os estudiosos do itinerário terapêutico subsumiram os complexos processos que envolvem a escolha de um tratamento a um modelo de conhecimento científico que reduz as ações humanas a uma 'geometria do vivido'.

Investigando o itinerário terapêutico com esta perspectiva, a antropologia terá de mover-se dentro de uma lógica de incertezas e probabilidades, de tal forma que, ao querer generalizar além do indispensável as suas interpretações, o etnógrafo pode correr o risco de pouco contribuir para a compreensão do fenômeno humano.

NOTAS

1 Uma primeira versão deste trabalho foi apresentada na Anpocs de 1994, no GT Corpo, Pessoa e Doença.

2 Embora a abordagem de Kleinman tenha uma clara influência da hermenêutica, a análise que desenvolve com base no conceito de 'modelo explicativo' termina por girar ao redor de uma lógica explicativa, tomando por suposto que os indivíduos orientam suas ações baseados na lógica inerente a esses modelos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACHINSTEIN, P. *La Naturaleza de la Explicación*. México: Fondo de Cultura Económica, 1989.

ALVES, P.C. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, 9(3):263-271, 1993.

BLAXTER, M. & PATERSON, E. *Mothers and Daughters: a three-generational study of health, attitudes and behaviour*. London: Heinemann Educational Books, 1982.

BOSWELL, D.M. Personal crises and the mobilization of the social network. In: MITCHEL, J. (Ed.) *Social Networks in Urban Situations*. Manchester: Manchester University Press, 1969.

BROWN, R. *La Explicación en las Ciencias Sociales*. Buenos Aires: Periferia S.R.L., 1972.

BRUYNE, P.; HERMAN, J. & SCHOUTHEETE, M. *Dinâmica da Pesquisa em Ciências Sociais*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.

COMAROFF, J. Medicine and culture: some anthropological perspectives. *Social Science and Medicine*, 12B:247-254, 1978.

DINGWALL, R. *Aspects of Illness*. London: Martin Robertson, 1976.

FABREGA, H. *Disease and Social Behavior: an interdisciplinary perspective*. Cambridge, Massachusetts: The MIT Press, 1974.

GEERTZ, C. *A Interpretação das Culturas*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

HARREL, S. Pluralism, performance and meaning in Taiwanese healing: a case study. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1:25-28, 1991.

HOROWITZ, A. Social networks and pathways to psychiatric treatment. *Social Forces*, 56:86-105, 1977.

JANZEN, J. The Quest for Therapy in Lower Zaire. Berkeley: University of California Press, 1978.

KLEINMAN, A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Social Science and Medicine*, 12:85-93, 1978.

KLEINMAN, A. *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley: University of California Press, 1980.

KOOS, E. *The Health of Regionsville: what the people thought and did about it*. New York: Columbia University Press, 1954.

LAST, M. The importance of knowing about not knowing. *Social Science and Medicine*, 15B:115-152, 1981.

LEACH, E.R. *Repensando a Antropologia*. São Paulo: Perspectiva, 1974.

LEWIS, G. Cultural influences on illness behaviour. In: EISENBERG, L. & KLEINMAN, A. (Eds.) *The Relevance of Social Science for Medicine*. Dordrecht: Reidel, 1981.

MCINLAY, J.B. Some approaches and problems in the study of the use of services: an overview. *Journal of Health and Social Behaviour*, 13:115-152, 1972.

MECHANIC, D. & VOLKART, E.H. Stress, illness behavior, and the sick role. *American Sociological Review*, 26:86-94, 1960.

PARSONS, T. Some theoretical considerations bearing on the field of medical sociology. In: PARSONS, T. *Social Structure and Personality*. New York: The Free Press, 1964.

PARSONS, T. *The Social System*. London: Routledge & Kogan Paul, 1979.

PRICE, F. Only connect? Issues in charting social networks. *Sociological Review*, 29(2), 1981.

RABELO, M.C. Religião e cura: algumas reflexões sobre a experiência religiosa das classes populares urbanas. *Cadernos de Saúde Pública*, 9(3):316-325, 1993.

RADCLIFFE-BROWN, A.R. *Estrutura e Função na Sociedade Primitiva*. Petrópolis: Vozes, 1973.

SARTRE, J.P. *A Imaginação*. São Paulo: Difusão Européia do Livro, 1967.

SCHUTZ, A. *Collected Papers I. The Problem of Social Reality*. Haia: Martinus Nijhoff, 1973.

SCHUTZ, A. *Fenomenologia e relações sociais*. WAGNER, H. R. (Org.) Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

SOUZA, I. M. *Redes sociais e suporte social: uma revisão de literatura*. Trabalho apresentado na XIX Reunião da ABA, Niterói, 1994. (Mimeo.)

SPERBER, D. O Saber dos Antropólogos. Lisboas: Edições 70, 1992.

VELHO, G. Projeto, emoção e orientação em sociedades complexas. In: VELHO, G. *Individualismo e Cultura*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994.

YOUNG, A. The creation of medical knowledge: some problems in interpretation. *Social Science and Medicine*, 15B:379-386, 1981.

ZBOROWSKI, M. Cultural components in responses to pain. *Journal of Social Issues*, 8:16-30, 1952.

5

O Asilo Revisitado: perfis do hospital psiquiátrico em narrativas sobre doença mental

Iara Maria A. Souza

Introdução

O argumento central das ciências sociais, quando se dedicam a refletir sobre a questão da saúde/doença, é que estes processos encontram-se profundamente imersos em contextos sociais e culturais, envolvendo, portanto, significação, interpretação e ações socialmente organizadas para promover a saúde e responder à doença.

Neste argumento, reside um ataque aos supostos da biomedicina, que postulam que a realidade da doença corresponde a uma disfunção ou desvio de atividades fisiológicas normais e que as práticas ou técnicas destinadas a tratá-la são universais (assim como as doenças) e neutras. As práticas médicas não são redutíveis à aplicação de preceitos de uma ciência pura: são ações de atores situados socialmente. Assim, não apenas as interpretações populares de doença tornam-se alvo das atenções das ciências sociais, mas também as ações de diferentes tipos de especialistas em cura, inclusive médicos.

Desde seu surgimento, o campo da antropologia/sociologia médica mostrou um forte interesse pela doença mental, talvez porque esta tenha uma dimensão biológica menos evidente e ainda sujeita a controvérsias, ao passo que seus aspectos sociais são mais acentuados. No rastro da atenção despertada pelos problemas mentais, o hospital psiquiátrico é também tomado como objeto de estudo.

A reflexão sobre os hospitais para doentes mentais esteve mais em voga nas décadas de 60 e 70, período em que essas instituições sofreram críticas advindas de diversas direções, até mesmo de setores da própria psiquiatria. Em tal contexto, as discussões travadas no seio das ciências sociais desempenharam um papel não negligenciável na elaboração das reformas psiquiátricas, que ocorreram em vários países.[1] A que conduzia essa reflexão? Em primeiro lugar, pode-se dizer

que conduzia a uma certa relativização acerca da realidade da doença mental e dos recursos usualmente empregados para tratá-la. Essa idéia se pauta em um argumento que se pode chamar de construtivista, pois revela que tanto a loucura quanto as respostas destinadas a lidar com ela emergem de determinados contextos sociais. Em grande medida, o que se procurava mostrar era que se a loucura (tal qual concebida pela psiquiatria) e o manicômio surgiram um dia, também poderiam vir a ter um fim. Ainda que nem sempre se negasse a existência de um substrato biológico que inclinasse alguns indivíduos a certos tipos de comportamento, defendia-se a idéia de que a 'loucura' era também um fenômeno social e trazia as marcas da sociedade em que fora criada.

Examinam-se aqui, rapidamente, duas vertentes no âmbito das ciências sociais voltadas para o estudo do tema da 'loucura' e, conseqüentemente, da instituição destinada a abrigá-la, pensadas como fenômenos sociais. A primeira consiste em uma abordagem surgida nos Estados Unidos, nos anos 60, em grande medida associada ao interacionismo simbólico que toma a doença mental como objeto de estudo, enfatizando a inserção da loucura e do hospital psiquiátrico em seu contexto social: a teoria da rotulação. Nesta visão, compreende-se o doente mental como um sujeito que apresenta comportamento(s) desviante(s), ou seja, cuja performance rompe com os padrões vigentes de sociabilidade, em razão do que é rotulado como doente ou louco, passando a ocupar desde então um papel desvalorizado socialmente. Outra idéia importante nesta vertente é a de que o hospital psiquiátrico, assim como a própria medicina, tem exercido uma função de controle social. O hospital fixa o rótulo de doente mental, de modo que não há retorno à normalidade após o tratamento.

Próximo a essa corrente, sem, contudo, assumir integralmente as idéias da antipsiquiatria, Goffman conduz um estudo sobre hospital psiquiátrico em que descreve processos sociais – rotinas e rituais sociais – que se desenrolam dentro do hospital, procurando mostrar os esforços sistemáticos levados a cabo dentro do manicômio para desacreditar e fazer fracassar as tentativas desenvolvidas pelo doente mental para manter intacta sua identidade.

A segunda vertente consiste naquela inaugurada por Foucault desde seu estudo sobre a história da loucura na Idade Clássica, mostrando como o processo de criação da loucura, como doença, acompanha mudanças na forma de organização das instituições asilares onde se recolhem os loucos.

Perpassando todos os argumentos, encontra-se a noção de que o conhecimento e a prática médica não constituem domínios autônomos; ao contrário, entrelaçam-se profundamente à vida social, não apenas no sentido de que emergem em determinados contextos sociais, mas porque apontam para a existência de um violento processo de medicalização em curso em nossas sociedades, por meio do qual a medicina adquire poder de moldar estruturas e relações sociais. A teoria da rotulação assume uma posição de crítica ao poder médico, ao passo que Foucault acentua o papel da psiquiatria e da medicina no esforço para a normatização da vida e para a constituição de sujeitos e corpos dóceis.

Há, entretanto, nessas abordagens que pretendem revelar as ligações entre a sociedade e as instituições psiquiátricas, um aspecto pouco explorado, mas que se constitui em elemento essencial quando se pretende compreender os liames que ligam o hospital psiquiátrico a contextos extra-hospitalares: o ponto de vista dos leigos, particularmente o conhecimento que têm acerca da instituição, as imagens que compõem esse conhecimento, recursos fundamentais em sua relação com ela.

Este tema apresenta, por um lado, uma relevância empírica, pois em geral são pessoas leigas, ligadas aos doentes, que tomam a iniciativa de internamento, ainda que dependam dos profissionais da medicina para corroborar esta ação. Desta forma, é importante penetrar nesse universo para compreender os processos de decisão que levam à hospitalização em uma instituição asilar (a menos que se admita que o progresso da medicalização tenha adquirido tal proporção em nossas sociedades que é possível negligenciar as concepções dos não médicos sobre saúde e doença, pois estes nada mais fariam do que reproduzir, talvez canhestramente, as certezas do saber médico).

Por outro lado, este mesmo tema pode nos remeter a uma discussão sobre questões de interesse para a própria teoria social, uma vez que nos permite iluminar certos aspectos acerca dos conhecimentos, recursos e práticas cotidianas para se lidar com situações problemáticas, no caso a doença mental. Quanto a este ponto, é importante levar em conta, por exemplo, as circunstâncias apontadas como fatores responsáveis por fazer do hospital uma opção a ser considerada, descartada, escolhida, utilizada, até tornar-se um recurso usual.

Outro ponto relevante diz respeito às transformações no conhecimento acerca do hospital. Anteriores a qualquer contato com a instituição, as imagens que dela se fazem são ainda pouco claras, um tracejado esperando para ser preenchido (e que nunca o é totalmente). Essas imagens tingem-se de uma coloração afetiva – que, em geral, dá o tom do primeiro internamento: conflito na hora de decidir, sensação de trair a pessoa doente etc. No entanto, à medida que há uma experiência concreta com a instituição, outros elementos passam a compor o quadro e a tornar-se parte da avaliação e do tratamento.

O conhecimento leigo acerca do hospital, as experiências de indivíduos que estiveram de alguma forma ligados a esse tipo de instituição, constituem o foco deste artigo, em que se analisam narrativas elaboradas por indivíduos que tiveram parentes próximos, ao menos por um período, em um hospital psiquiátrico.[2] Em primeira instância, apresentam-se rapidamente algumas das principais concepções, tanto da teoria da rotulação quanto da foucaultiana, acerca da problemática da doença mental, tecendo-se alguns elementos de crítica a ambas as posições. Precedendo a análise e comentários dos dados, colocam-se alguns pontos sobre o conhecimento no mundo da vida.

O Interacionismo Simbólico

O interacionismo simbólico despontou no cenário da sociologia americana como uma corrente que confrontava o estrutural-funcionalismo de Parsons, protagonista da cena até o final da década de 50. Um dos temas de embate dizia respeito à concepção de agente social: o interacionismo criticava o ator 'supersocializado', quase autômato, apresentado na teoria parsoniana, e enfatizava a capacidade reflexiva dos agentes.

No interacionismo simbólico não se pensa a realidade social em termos de sistemas ordenados e harmoniosamente integrados, mas se a define como uma ordem interativa, formada por processos negociados, situados, emergentes, bem como por conhecimentos pressupostos. Segundo Goffman (1975, 1978), o principal objeto a ser negociado na interação é a identidade pessoal, pois o significado da identidade se constitui propriamente no processo de interação. O *self* é aqui concebido como um objeto social que se estrutura com base na sociabilidade, ou seja, com base nas atitudes dos indivíduos uns para com os outros, em uma situação social.

As situações de interação tanto podem apresentar-se rotinizadas, ritualizadas, quanto altamente problemáticas. O surgimento de uma doença mental, neste quadro, é visto como uma circunstância em que o padrão rotineiro de interação se rompe e a situação se converte em um problema com o qual os indivíduos têm de lidar. Assim, o interacionismo simbólico recusa as explicações psicodinâmicas para o problema mental e põe o foco sobre as forças sociais e situacionais na determinação da origem e curso da doença e tratamento. Os interacionistas adotam uma perspectiva claramente nominalista: o que importa não são os sintomas que o indivíduo apresenta, mas a forma como eles são percebidos e categorizados por aqueles que estão ao seu redor (Scheff, 1973; Goffman, 1987).

A doença significa um desvio em relação a um padrão, e tornar-se doente é ser rotulado, categorizado como tal. A atribuição do rótulo de doença a um certo comportamento, considerado desviante, ocorre devido à reação societal – freqüentemente em eventos de crise, que desencadeiam a atribuição de um status, de um papel de doente (Gerhardt, 1989).

Percebe-se a aquisição do rótulo de doente – incluindo a formação (ou transformação) de uma identidade e da auto-imagem – como um processo socialmente organizado, uma vez que ocorre por intermédio de uma realização profissional e, na maioria das vezes, dentro de uma instituição de tratamento, notadamente o hospital psiquiátrico. O recurso à terapia implica a imputação de um papel de doente, e a aquisição de um rótulo. Neste sentido, o tratamento médico marca uma transição para o status de cidadão de 'segunda classe'.

Ademais, embora a terapia seja um tratamento, o paciente não readquire a normalidade. A teoria da rotulação e a antipsiquiatria defendem a idéia de que o controle social exercido pela profissão médica força ou educa o paciente para que se torne um desviante crônico. A teoria da rotulação não considera o papel de doente (doente mental particularmente) como uma incumbência temporária: uma vez que a pessoa tenha entrado em um papel de doente, processos institucionalizados de controle social promovem a internalização das expectativas do papel, tornando sua incumbência permanente.

O tratamento médico, nesta perspectiva, teria uma função crucial na ressocialização do doente em um papel desviante. O interacionismo simbólico assumiu, portanto, uma atitude de forte oposição ao modelo médico: compreende-se a medicina como um empreendimento moral, como a lei ou a religião, que busca encobrir e controlar o que se considera indesejável. A definição de doença é tautológica: doença consiste no que a medicina define como tal, e a medicina define como doença o que lhe interessa, dada sua função como agência de controle social. Além disso, argumenta-se que o escopo do que se pode definir socialmente como doença ou anormalidade é, em princípio, ilimitado, logo, trata-se de uma questão de natureza política ou ideológica (Szasz, 1972, 1980).

A teoria da rotulação rejeita a noção de que os distúrbios psiquiátricos tenham origem exclusivamente psicológica. Em contraposição, aponta para as discrepâncias existentes entre a prevalência de comportamentos perturbadores e a incidência de tratamentos psiquiátricos. Nem todos que infringem regras ou têm atitudes consideradas desconcertantes e embaraçosas em público são tidos por doentes mentais. Goffman argumenta que não há um parâmetro sistemático unindo um ato à reação societal, de modo que se uma determinada ação for levada a cabo sempre resultará em atribuição de um rótulo ou enclausuramento em um manicômio. Assim, afirma que os pacientes mentais sofrem não de doença mental, mas de contingências: a visibilidade de suas ações, ou o nível mais ou menos baixo de tolerância da comunidade, status socioeconômico, proximidade de um hospital psiquiátrico, facilidades de tratamento etc. Por outro lado, os comportamentos que levam um indivíduo ao internamento em um hospital psiquiátrico sempre poderiam ter acarretado outras reações ou conseqüências – como a prisão, perda de emprego, divórcio etc. –, e não necessariamente a hospitalização.

Mais do que outros interacionistas, Goffman preocupa-se com o rótulo atribuído pelo hospital como instituição, e não tanto pelo médico. Em sua visão, a construção da identidade pessoal ocorre em virtude de um processo de atribuição tanto institucional quanto do meio circundante mais imediato à pessoa. Sua hipótese é a de que há uma reciprocidade entre o *self* e sua sociedade significante: se esta submete o indivíduo a sistemáticos esforços de diminuição ou destruição de sua identidade, isto o torna finalmente incapaz de manter o *self* original intacto.

Em sua análise do manicômio como instituição total, Goffman afirma que as duas funções da terapia consistem, primeiro, em uma função disciplinar, realizada mediante mecanismos de recompensa e punição, e em segundo lugar, na perda e reconstrução da identidade engendradas por meio de uma seqüência de experiências de mortificação (raspar a cabeça, ter o nome trocado por um número, uso de farda etc.). Acrescenta-se a isso o fato de que o tratamento em instituições afasta o indivíduo de seu mundo, destruindo assim os canais de comunicação que ajudariam os pacientes a se reintegrarem em suas família ou empregos após a saída do hospital.

O papel de doente converte-se em uma gaiola de ferro hermética, da qual o indivíduo, uma vez preso, nunca pode sair. A doença, como uma identidade negativa e socialmente estigmatizada, não permite ao indivíduo o retorno à vida normal, como se nada houvesse acontecido.

Tanto a concepção da teoria da rotulação quanto a análise de Goffman, ao acentuarem a natureza política da categorização de doença – e ao assumirem uma posição crítica perante a medicalização de várias formas de comportamento e estilos de vida não convencionais e perante o poder da medicina de atribuir e fixar o rótulo de doente mental sobre certas pessoas – terminam inadvertidamente por destituir o indivíduo rotulado da capacidade de reagir a este processo. O indivíduo permanece, assim, relativamente incapacitado para lutar contra a redefinição da sua identidade como um membro desviante da sociedade (Gerhardt, 1989). Deste modo, no caso do doente mental, o caráter ativo do ator social vem a ser reduzido: ele não mais é visto como sujeito que se constitui na interação com outros sujeitos; ao contrário, objetifica-se na interação.

Existe, ainda, um ponto a mencionar: a idéia de contingência, embora seja fundamental, permanece vaga e pouco explorada, além de restar uma certa ambigüidade em sua análise: o que realmente importa na atribuição e fixação do rótulo de doente mental são a crise pública e a conseqüente reação societal suscitada, ou a ressocialização na instituição? Certamente ambas, mas entre uma e outra há trajetórias e cursos alternativos de ação que merecem mais atenção.

Foucault e a História da Loucura

Foucault, ao contrário da abordagem previamente apresentada, não se volta para compreender a ação social; seu esforço analítico envolve uma tentativa de revelar estruturas, condições de possibilidade de emergência de processos sociais. O sujeito é concebido antes como efeito de estruturas do que como *self* reflexivo; a experiência dos homens no mundo resulta de princípios e causas dos quais eles não têm consciência.

A despeito das diferenças de abordagem, Foucault e o interacionismo simbólico mostram afinidade no que concerne à preocupação com o processo de medicalização que se evidencia na sociedade moderna. Contudo, Foucault não marcha ao lado dos humanistas defensores de reformas psiquiátricas. Em sua ótica, não se trata de avaliar bem o problema, colocá-lo em termos da busca de um tratamento mais humano e mais adequado para a loucura; trata-se do fato de que tanto a medicina, a psiquiatria, a psicanálise, bem como as próprias ciências do homem são empreendimentos que, em nossa cultura, tentam normalizar os indivíduos por meios cada vez mais racionalizados, transformando-os em objetos dóceis (Rabinow & Dreyfus, 1995).

A História da Loucura, um dos primeiros trabalhos do Foucault arqueólogo, é uma análise histórica de práticas institucionais e discursivas (práticas discursivas se distinguem de discursos cotidianos por serem falas 'sérias', pronunciadas por peritos) relativas à loucura. Ou seja, interessa a ele o a explicação da inteligibilidade das práticas sociais, que não é acessível aos atores sociais. Em tal análise, Foucault acentua as descontinuidades nas concepções de loucura, ao mesmo tempo em que revela a continuidade na forma de tratá-la, marcada pela exclusão e pelo confinamento.

Embora se volte para a Idade Clássica em *A História da Loucura*, Foucault mira a psiquiatria nascida na segunda metade do século XIX e tenta desvendar quais foram as condições de possibilidade de seu surgimento. Entretanto, importa ressaltar que não se trata de uma história da psiquiatria nos moldes tradicionais da história das ciências, isto é, o autor não se propõe a buscar as origens dos conceitos científicos e das grandes descobertas. A seu ver, a loucura não é um objeto que se teria revelado progressivamente pelo trabalho de cientistas precursores até que a psiquiatria moderna atingisse a sua verdade última; a loucura, compreendida como doença mental, é antes uma invenção do que uma descoberta (Machado, 1982).

Em seu estudo, Foucault aponta que, por volta do século XVIII, o louco passou a ser excluído espacialmente e confinado – ocupando o lugar antes destinado aos leprosos –, ao mesmo tempo em que o tema da loucura obteve visibilidade cultural. Entretanto, ainda não havia naquele momento uma definição precisa do que constituía a loucura, sob a qual se agregavam diferentes tipos, formando um grande grupo: bêbados, idiotas, devassos, apaixonados, vagabundos. A loucura significava desrazão, associada à desordem e excessos, não consistindo ainda em uma disfunção médica. O conteúdo da loucura na Idade Clássica constituía-se pelo contraste entre razão e loucura.

A essa época, os loucos, bem como os pobres e os indigentes, compunham a população dos asilos ou hospitais gerais, instituições que, malgrado contassem com serviços médicos, não eram instituições médicas propriamente. O enclausuramento do louco em uma instituição de reclusão não tinha então finalidade terapêutica, nem se fundamentava no conhecimento de uma patologia

específica. A designação de alguém como louco e sua internação não dependiam de uma ciência médica, mas de uma percepção do indivíduo como ser social.[3]

Em torno da segunda metade do século XVIII começou a se delinear uma nova visão da loucura, em que esta passou progressivamente a se distinguir e autonomizar das outras categorias às quais estava antes associada; porém, argumenta Foucault, esse processo deveu-se menos a uma mudança teórica na conceituação da loucura do que a razões econômicas, políticas e sociais.

A substituição do internamento geral pelo específico, na abordagem da loucura, relacionava-se a uma nova avaliação da pobreza na ordem capitalista: naquele novo contexto, a pobreza, como força de trabalho, tornava-se fundamental para a riqueza das nações, e portanto já não deveria ser encarcerada. Daí a separação entre o louco e outras categorias de pobres e desvalidos. O louco, sim, ao contrário dos pobres, deveria permanecer isolado em asilo, pois era considerado incapaz para o trabalho e perigoso para o restante da população.

Tal transformação expressa também uma nova consciência da loucura, que se apresentava revestida de um certo humanitarismo. O louco não era mais preso a correntes; entretanto, longe de significar uma libertação da loucura, o tratamento na instituição visava a um disciplinamento do corpo e do espírito do louco. A humanização da loucura revela a história de uma "série de operações que organizava o mundo asilar, os métodos de cura e a experiência concreta da loucura" (Foucault, 1978:476).

Há, nessa marcha da autonomização da loucura, um deslocamento conceitual considerado de grande importância por Foucault, pois forneceu os fundamentos a partir dos quais pôde emergir a categoria de doença mental. A loucura, anteriormente desrazão, passou a ser vista como perda da natureza, alienação – o que deu início ao processo de interiorização e psicologização da loucura, cujo ponto final seria a definição médica da loucura como doença mental.

A medicalização da loucura que teve lugar naquele momento ainda não assinalava a entrada de teorias médicas no espaço hospitalar; significava que se acreditava no efeito terapêutico da reclusão por si mesma. Manter o louco em liberdade vigiada e encerrada entre quatro paredes teria o poder de curar. A transformação da loucura em objeto de conhecimento médico teria resultado desse confinamento, ocorrendo no interior do espaço de reclusão.

A existência do asilo foi essencial para o surgimento das ciências médicas e humanas, cujos conhecimentos e métodos se desenvolveram no isolamento e na observação dos diferentes tipos de pessoas encontrados sob o mesmo teto no hospital. Por isso, Foucault considera que essas ciências, que supostamente teriam a missão de revelar uma verdade sobre os seres humanos, na realidade atuam na articulação entre a classificação e o controle destes.

Em *A História da Loucura*, Foucault acentua o papel do asilo e do médico no desenvolvimento das estruturas de internamento e dominação em nosso mundo. Para ele, a alteridade da desrazão, personificada na loucura, é a abertura para

uma contestação radical da nossa civilização. De fato, se mesmo os esforços das ciências humanas para explicar/compreender as práticas médicas e sua relação com a vida social fazem parte da inclinação à ordenação e racionalização do mundo moderno, a loucura merece figurar como uma fonte (talvez única) de crítica efetiva contra a cultura moderna, mas encontra-se confinada aos asilos ou ao controle das drogas médicas.

Tanto Foucault quanto a teoria da rotulação acentuam a 'medicalização' e a instância de controle: o primeiro, ao situá-la juntamente com outras ciências do homem no centro da nossa tendência cultural à racionalização e burocratização; a segunda, por enfatizar o papel de controle social exercido pela profissão médica, seu poder de determinar o que é ou não doença e de fixar sobre os indivíduos o rótulo de doente mental. Em todo caso, a pessoa com problema mental torna-se vítima, sem recurso, e não se vislumbra muita saída para tal situação, particularmente no caso do pensamento foucaultiano.

É tanto mais fácil permanecer preso a essas visões – que malgrado elas mesmas conduzem ao pessimismo – quando a análise se encerra no próprio circuito dos discursos e do conhecimento de especialistas: neste caso, não há como se resistir à medicalização ou escapar às malhas do poder médico. Mas se nossa atenção se volta para as práticas cotidianas e o uso concreto que se faz dos recursos médicos, inclusive do hospital psiquiátrico, a questão pode apresentar novos contornos e matizes. Como argumenta Bury (1986), o uso ordinário da parte dos leigos é muito mais mundano e menos sério do que faz crer a análise das práticas institucionais. O comportamento dos indivíduos orienta-se mais por projetos e interesses cotidianos do que por discursos sérios, embora estes possam informar e participar de várias formas do discurso leigo do usuário.

Em geral, ignora-se ou negligencia-se o fato de que as pessoas possam estar ou não experimentando os processos que se afirma ocorrer. Foucault, de fato, circunscreve sua análise à estrutura e ao processo de larga escala. A subjetividade, nesta concepção, é ela mesma um efeito, um produto da história; portanto, a experiência subjetiva dos atores não deve ser levada em conta para se explicar o mundo social.

O interacionismo – em sua versão da teoria da rotulação –, apesar da ênfase na reação societal e na negociação, acaba por destituir os indivíduos de recursos para lidar com os efeitos da institucionalização, obscurece o sujeito e cai em um certo funcionalismo e uma tautologia. Goffman (1987) chama a atenção para a existência de recursos simbólicos aos quais recorrem os atores, como a construção de histórias tristes; porém, como eles estão reduzidos a uma condição de 'desacreditados', tampouco suas histórias tristes têm crédito.

O Conhecimento do Senso Comum

Se o problema do mundo social contemporâneo for abordado em termos de uma racionalidade científica que se expande e conforma todos os aspectos da organização e da vida humana, a esfera do raciocínio prático desaparece (Risser, 1997). Deriva daí a seguinte questão: na medida em que isso nos atinge e cega a todos, é possível ainda, sem abandonarmos o campo das ciências do homem, exercitarmos julgamento próprio?

A fenomenologia pode nos dar algumas indicações para recolocarmos esta questão. Por um lado, ao comentar a crise das ciências modernas, Husserl (1996) critica o objetivismo, afirmando que mesmo as construções teóricas das ciências da natureza edificam-se sobre o solo da nossa experiência no mundo, de modo que é preciso refazer os laços que ligam as teorias científicas ao mundo vivido. O conhecimento do mundo (do cientista e do ator social) faz parte do mundo; conhecer é iluminar as coisas e trazê-las à luz do dia. No caso das ciências do homem, o objetivo é menos chegar à verdade acerca de princípios e causas que determinam a vida dos sujeitos e dos quais eles não têm consciência, do que iluminar as vidas que as pessoas vivem, exercendo suas atividades práticas, fazendo projetos, atribuindo significados (Dartigues, 1973).

Por outro lado, é importante ter em mente que, em sendo a ciência uma reflexão sobre o vivido, essa reflexão não o alcança, nem o enquadra completamente. A ciência está sempre em busca da explicitação do sentido da experiência, mas como a experiência não é determinada pela reflexão e a racionalização que tenta dominá-la lhe é posterior, a experiência sempre a ultrapassa. A vida não está a serviço da idéia; é a idéia que tenta enquadrá-la, sem obter nunca um sucesso perfeito (Jackson, 1996).

Nas ciências sociais, o retorno ao mundo da experiência é o retorno ao mundo vivido, isto é, ao mundo em que se vive sempre e que constitui o solo para toda atividade de conhecimento e toda ciência. Posto que o cientista social encontra um mundo pré-interpretado – em que os atores constróem idealizações e tipificações –, os objetos de pensamento que formula para captar a realidade devem ser fundamentados nos objetos construídos pelo senso comum. É no conhecimento do senso comum – o fundo 'inquestionado', mas sempre questionável – que se principia a investigação, e trata-se do único âmbito em que é possível efetuá-la.[4] Os sociólogos precisam conhecer os modos como os significados compartilhados constituem o mundo social, antes de assumir a realidade como constrangimento externo que explica as respostas dos sujeitos.

No processo interpretativo de atribuição de significados, em que se busca conferir unidade e sentido a um conjunto de eventos e vivências, os atores lançam mão de um sistema de tipificações. Nas palavras de Schutz, toda "interpretação do mundo se

baseia em um estoque de experiências anteriores dele, que são transmitidas pela tradição, e sob a forma de conhecimento à mão, funcionam como um código de referência" (1979:74). Assim, o "homem na vida diária tem a qualquer momento um estoque de conhecimento a mão que lhe serve como um código de interpretação de suas experiências passadas, presentes e determina suas antecipações das coisas futuras. Este estoque de conhecimento a mão tem sua história particular. Foi constituído de e por atividades anteriores da experiência de nossa consciência, cujo resultado tornou-se agora posse nossa, habitual." (Schutz, 1979: 74). A consciência está engajada no mundo, por isso não se pode compreendê-la como mera cognição.

Para Schutz, o conhecimento do senso comum, apesar de suas insuficiências, basta para que nós nos entendamos com o próximo, os objetos culturais e as instituições sociais: a realidade social, enfim. Isto porque o mundo é intersubjetivo e nosso conhecimento dele é socializado, compartilhado de diversas maneiras.

O que determina em cada momento a estrutura deste estoque de conhecimento, diz Schutz (1979), é a situação biográfica do indivíduo, o sistema de interesses teóricos e práticos que fazem parte do seu 'aqui e agora'. Ou seja, o problema com o qual o indivíduo se defronta define, naquele contexto, o que se considera relevante ou não, o que merece ser visto com maior ou menor clareza e o que pode permanecer não questionado. Portanto, o problema atual e a perspectiva de sua resolução no futuro definem a configuração do sistema de tipificações e relevâncias. A seleção e ordenação dos eventos passados realizam-se à luz de um projeto, o olhar que se volta para o passado é comandado por uma visão do futuro. Neste sentido, pode-se comparar o estoque de conhecimento à mão a uma receita, servindo ao mesmo tempo como um código de interpretação e como um preceito para ação. No entanto, este estoque não pode ser pensado meramente como um repositório de informações transmitidas pela tradição, ao qual se recorre continuamente, conforme as necessidades do momento. É importante levar em conta que novas experiências, à medida que ocorrem, incorporam-se ao estoque de conhecimento à mão, modificando-o, alargando-o e enriquecendo-o.

Tal estoque de conhecimento, utilizado como quadro de referências na interpretação de situações, nunca é completamente fechado e homogêneo, comportando incoerências e zonas de maior ou menor clareza e precisão. Este caráter fluido e relativamente pouco estruturado é que permite ao estoque de conhecimento dar conta de experiências e acontecimentos que podem, a princípio, parecer contraditórios. Contudo, isso não significa que os esquemas de conhecimento prévios não estejam sujeitos a críticas e questionamentos.

Com relação a esta questão, há dois pontos a observar: primeiro, aquilo que fica na zona de pressupostos e, portanto, não é questionado, consiste por si mesmo em assunto a ser definido em cada situação, no interesse à mão que motiva o pensar, projetar, agir, divide o campo não problemático do problemático e distingue as zonas de relevância. Tipicamente, há pouco interesse em ir além do conhe-

cimento pragmaticamente necessário, e enquanto o conhecimento funciona de modo satisfatório, em geral se renuncia à qualquer dúvida a seu respeito, até que surja algum problema.

Em segundo lugar, é importante considerar que qualquer questionamento do mundo surge do que é tido como suposto, de algo que se acredita conhecer. A interpretação dada, sua problematização, reinterpretação, escolha entre visões e cursos de ação alternativos não emergem de uma preferência baseada na indiferença. Uma escolha representa "o surgimento de uma preferência unificada a partir de preferências concorrentes" (Schutz, 1979:150). As escolhas entre diferentes cursos de ação consistem, portanto, em possibilidades problemáticas, originadas da dúvida, da existência de diferentes perspectivas. Na definição da situação, o ator transforma seu mundo de possibilidades em aberto em possibilidades problemáticas (Alves & Souza, 1994).

Escolher implica, portanto, projetar, tecer fantasias dentro de um determinado quadro de acontecimentos e conhecimentos já incorporados à experiência. Ao mesmo tempo, o fim futuro almejado pelo projeto é que vem iluminar a situação presente, conferindo a esta seu significado. A configuração que assume a cada momento o estoque de conhecimento à mão é determinada pelo fato de que os indivíduos não estão igualmente interessados em todos os aspectos do mundo ao seu alcance; é o projeto, formulado aqui e agora, que dita o que é relevante ou não na situação. É a projeção de um mundo futuro e o retorno ao presente, em que a imagem da ação já concluída é trazida à cena, que determina o conhecimento do mundo atual.

Deve-se salientar, porém, que o acervo de conhecimentos é sempre sujeito a retificações ou corroborações de experiências por vir. O conhecimento prévio, embora oriente, não determina nossa experiência futura. Mesmo nos casos em que a experiência atual corresponde em grande medida ao que era esperado, o conhecimento se renova.

Faz parte da mundo da vida cotidiana a confiança em que o mundo permanecerá como tem sido até agora, por conseguinte, o acervo de conhecimento obtido para a orientação no mundo conserva sua validez até segunda ordem. Correlatamente, podem-se empregar de novo as estratégias utilizadas com sucesso na resolução das situações passadas para as experiências atuais. Essa confiança na estabilidade do mundo e na repetição de atos exitosos prévios é o que Husserl chamou das idealizações do "assim sucessivamente" e "posso fazê-lo de novo" (Schutz & Luckmann, 1973).

Quando o surgimento de um problema interrompe a rotina é que se toma consciência das deficiências do acervo de conhecimento: algo que até então não se questionava torna-se alvo de interrogações, passa a ser tematizado e re-explicitado, faz-se um esforço no sentido de integrar o setor problemático àquilo que já não é problemático. A profundidade e amplitude do questionamento

dessa nova explicitação, por sua vez, estão condicionadas ao enquadramento que se confere ao problema. O interesse na situação limita até que ponto há necessidade de determinação do que está obscuro ou em aberto. O conhecimento torna-se suficiente até novo aviso, quando se consegue dominar a situação. "A explicitação de uma situação ou experiência se interrompe, em geral, quando o conhecimento constituído pela explicitação é suficiente para o domínio da situação" (Schutz & Luckmann, 1973:146). Em resumo, as explicitações são seletivamente dirigidas para as situações e dominadas pelos motivos pragmáticos.

Por fim, um aspecto ainda não mencionado, mas que perpassa toda a argumentação, é o fato de o mundo da vida consistir em um mundo de linguagem. Por meio da linguagem é possível objetivar, dar coerência e sentido às experiências. As narrativas dirigidas aos outros, acerca de experiências pessoais, permitem que estas sejam intersubjetivamente validadas, pois os outros com quem se compartilha o mundo sustentam o senso de realidade. Embora a narrativa não se confunda com a experiência, é um comentário a seu respeito, que permite que se iluminem alguns dos seus aspectos (Jackson, 1996).

Imagens do Hospital Psiquiátrico

O hospital psiquiátrico não é algo que tenha um sentido inerte, encerrado em si mesmo, à espera de ser apreendido por aquele que tenha a visão mais apurada ou o instrumento mais correto. O hospital revela possibilidades de compreensão que, se por um lado encontram sua evidência na própria ordem institucional, não se encerram nela. Há possibilidades de sentido no ou do hospital (ou de qualquer objeto) que se revelam, mas sempre à luz de uma certa situação e de um projeto que orienta a explicitação do seu sentido. Como o mundo da ação e do conhecimento prático é dominado pelo motivo pragmático, o estilo de cognição que tem lugar nessa esfera da realidade é determinado pelos interesses envolvidos na situação.

A hospitalização, em geral, resulta de uma situação de crise, exigindo de forma premente uma solução: trata-se de um comportamento com o qual não é possível lidar com os recursos habituais e, após inúmeras considerações, vacilações e dor, escolhe-se o internamento.

No Nordeste de Amaralina, a situação-problema que em geral se apresenta como ponto de ruptura – a partir do qual a doença deixa de ser manejável com a utilização dos recursos costumeiramente empregados – ocorre quando a pessoa com problema mental começa a se afastar do âmbito doméstico, da vizinhança, e vai para a rua:

> *Liane, sobre a irmã Belinha*: Da primeira vez, ela não queria tomar o remédio. Só queria ficar saindo pra rua, né isso? Então mãinha ficou, a gente ficou com medo, de uma pessoa fazer qualquer maldade, né? Até matar, né? Ela pela rua, sem saber o que tava fazendo. Já pensou uma pessoa assim no meio da rua? Não se pode chegar assim e amarrar ela, né? Se fosse um cachorro, amarrava. Mas uma pessoa, a gente não vai amarrar. Não é isso? Como é que pode a gente ficar? Eu não posso ficar, toda hora olhando pra ela, eu tenho que fazer minhas coisa, a gente não pode faltar dia de trabalho. Tem que internar. O jeito é internar. A gente interna, todo dia que tiver visita, na hora que ela [a mãe] não for, eu vou, e a gente interna. O jeito é internar mesmo, a gente internamos.

> *D. Adalgisa, sobre o filho Jorge*: Internamo porque ele fugia. Dava pra fugir. Passava dias na rua, ele saía de um bairro e pegava ônibus e aí ele ia pá... pá outo lugar e não sabia vortá. Aí eu me virava, ia pá rádio, pá tudo quanto é canto, ia apelar pá polícia, pra ver, e a gente ia percurá ele, pra ver se tava preso, pra ver se tava no juizado de menor. Quando a gente ia ver, ele tava em outro canto, outro lugar. Saía com o retrato dele pá tudo quanto é canto, pá percurá ele, aí nego dizia: "eu vi em tar lugar assim assim, vi no aeroporto, vi em Itapoã, vi..." Ele já saiu daqui pá São Sebastião. Feira de Santana, ele já foi. Itaparica, pá tudo quanto é canto ele ia, e a gente ia atrás.

Na maioria dos casos, o indivíduo doente já apresentava anteriormente uma série de comportamentos que discrepavam do padrão e se mostrava claramente problemático, mas as pessoas em torno conseguiam monitorar suas ações de modo a mantê-lo dentro de um padrão aceitável de normalidade. A fuga para a rua, para locais distantes da casa e do próprio bairro, entretanto, inviabiliza os esforços para se controlar, ao menos parcialmente, as performances públicas do doente. Nas narrativas, elencam-se transtornos trazidos por essas incursões para rua. O mais enfatizado deles é o perigo que corre a pessoa em contato com estranhos, em um ambiente potencialmente hostil. Aquele que se distancia de casa encontra-se na rua em uma situação de risco, podendo tanto sofrer danos físicos (atropelamento, surras etc.), como outros tipos de abusos (ser enganado, ridicularizado, embriagado). Além disso, como os candidatos à hospitalização são pessoas que usualmente já estão sob algum tipo de cuidado médico, não raro é citado o fato – que se não é o mais importante, de forma alguma é negligenciável – de a pessoa, em suas ausências de casa, não seguir o uso dos remédios, o que produziria uma deterioração em seu estado já declinante.

> *Liane, sobre a irmã Belinha*: Sofreu muito, muito. Outra vez foi aqui na, aqui no Vale das Pedrinhas. Meteram um soco nela, né? E teve um aqui também, aqui no Vale das Pedrinhas, que deu foi uma murraça assim nas costas, o sujeito deu aquele murro nela, horrível. E outra, teve uma ocasião também que ela... os malandros daí da Amaralina começou a... ficar bulindo com ela, né? E ela ficou agitada, aqueles moleques atrás dela, ela

> corre daqui, corre dali, os moleque, desce seguindo ela. Ela trevessou ali aquela pista, o carro panhou ela atiçou pro outro lado. Quando atiçou pro outro lado, ela caiu pro outro lado, foi Deus que assoltou ela e não matou. Ela bateu a boca, ficou com os lábios dessa altura, isso aqui dela ficou tudo roxiado, os lábios dessa altura.

> *D. Adalgisa, sobre o filho Jorge*: Os menino, às veze ele vai pra um lugar estranho, aí jogam pedra nele, abusam ele e tudo, mas ele nunca... vei queixa aqui que ele fizesse nada com ninguém.

> *Nina sobre a mãe, Ivanilde*: De novembro pra cá, mãe tá aí correndo rua, não deixa ninguém em paz, minha irmã chora. Mãe aí, tava aí, foi pra Amaralina meter mão no tabuleiro dos outros, nego fazendo guaiafara com ela, xingando ela, rindo da cara dela e saiu com sacola pra cima e pra baixo, travesseiro debaixo do braço. Desde quinta-feira pra cá a gente não vê mãe, tava lá na casa do meu irmão, e ela saiu e ele não viu.

Essa nova faceta do problema – as fugas e os desaparecimentos – implica não só risco para os doentes, mas novas demandas sobre aqueles que estão encarregados de cuidá-los. Outras ações, tarefas e preocupações distintas adicionam-se às já habituais, decorrentes da convivência cotidiana com alguém que sofre de problemas mentais:

> *D. Firmina, sobre o filho Vadinho*: Aí com aquilo, eu ficava sem trabalhar e pensando dele fazer alguma coisa demais. Aí ele sumia. Êta Vadinho, ô meu Deus, onde Vadinho foi. Fica se o carro tinha pegado Vadinho. Se tinha acontecido alguma coisa. Botava pra procurar. Quando pensava que não, uma vez correu um bocado de hospital, foi ao pronto socorro, correu Nina Rodrigues, não achou. Correu minha Sra., fui pro hospital.

> *D. Joana, sobre o filho Zeca*: Aí nesse dia, eu fechei a porta e deixei um cachorro do lado de fora, e um dentro de casa, outro na varanda, no fundo. E ele se levantou, abriu a janela, pulou a janela e foi embora. Ah! quando eu abri a janela, o... o quarto, cinco e meia da manhã. Eu acordava cedo pra poder arrumar as coisa, pra poder sair, pra ir trabalhar. Cadê ele lá dentro? Só tava a cama pura. Eu disse: Meu Pai do Céu! E agora Jesus? Que é que eu faço? Zeca foi embora! Aí eu voltei naquela tristeza. Me sentei no só... no sofá e abaixei a cabeça e fiquei sentada chorando, né? Num sei o que fazer, só Deus pra dar um jeito.

Delineia-se claramente uma tendência à internação quando o caso foge ao âmbito doméstico. Esta tendência é reforçada quando, associado a isto, a pessoa começa apresenta comportamentos agressivos para com os membros da família e/ou com estranhos. Contudo, se tais comportamentos são, em geral, o que conduz ao internamento – ou, ao menos, fazem que a possibilidade de internamento

torne-se menos longínqua e passe a figurar como 'possibilidade problemática' –, a execução de tais ações não sela de forma definitiva o destino daquele sobre quem paira a ameaça de ser confinado em um manicômio.

O caso de Adélia (abordado também nos capítulos 2 e 8), por exemplo, sucede-se na contracorrente da maioria de outros casos. Conhecida nas redondezas da rua onde mora como louca violenta (embora sua mãe conteste esta versão), Adélia cultivava o hábito de consumir seus dias em longas jornadas pelo bairro e arredores. Envolvida, em certa ocasião, em um conflito na rua, foi levada pela polícia a um hospital psiquiátrico, mas imediatamente sua mãe a trouxe de volta para casa, avaliando que a filha não era louca, de modo que não haveria por que ficar internada. No entanto, por vezes a mãe de Adélia vislumbra com certo alento a possibilidade de deixá-la por algum período em um asilo, para que ela (a mãe) possa ter uma trégua dos infindáveis transtornos e trabalhos decorrentes da doença da filha. Termina, porém, resistindo à tentação, pois o hospital se lhe configura apenas como um local onde vivem os insanos, e não seria justo para com Adélia submetê-la a tal condenação.

Em muitos outros casos, entretanto, a presença desses mesmos comportamentos apresentados por Adélia são determinantes na decisão de internar. Nas narrativas, porém – quando se vêem as histórias em retrospecto –, não se apresenta a hospitalização como uma ação possível entre outras opções, mas como uma necessidade que se impunha acima das hesitações e dos sofrimentos que essa decisão causava a todos, doentes e seus próximos.

> *Nina, sobre a mãe Ivanilde*: Foi, que ensinaram [uma casa de candomblé] a ele [o filho], ele mandou eu ir, é minha mãe, eu tive que ir, pra ver se melhorava. Que melhorou nada, dali pra pior, que teve que internar, que a gente foi no Bahia, que o primeiro internamento dela foi no Bahia, vixe, mas mãe chorava. Ela não queria ir, chorava, que chorava eu, que chorava a mais velha. Mas foi agravando que chegou um ponto de a gente internar.
>
> *Ana Amélia, sobre mãe Bem-Bem*: Por esses tempo aí, não tá tendo [necessidade de internar], não. Ela não tá bulindo, não tá fazendo nada. Mas se caso precisar, a gente vai ter que internar, né? Na hora que precisa, que a gente vê que tá precisando, tem dia que não pode deixar ela em casa, aí tem que procurar mesmo.
>
> *Liane, sobre a irmã Belinha*: A gente resolveu internar, porque ela, como é que diz... tinha ocasião que a gente internava porque era forçado a internar.

Ações como a de internação não são determinadas, não há um padrão sistemático ligando um tipo de comportamento a uma resposta específica, como bem mostrou Goffman e como ilustra o caso de Adélia. No entanto, talvez se possa entender melhor a crença no imperativo como algo instrumentalmente necessário no momento de crise. A percepção de uma situação como crítica pede

soluções de autoridade para que as pessoas possam reaver o domínio sobre suas vidas, pois não é só a vida do doente que escapa ao controle, mas a dos demais também se vê tragada pela desordem (Jackson, 1996).

Apesar do alegado imperativo e dos possíveis benefícios do internamento para o doente (duvidosos) e para seus familiares, não é sem dor e sofrimento que se chega a deixar alguém confinado no hospital psiquiátrico, particularmente na primeira vez em que isto acontece. Em parte, a sensação de que se está cometendo uma violência para com a pessoa que vai ser encerrada em um manicômio relaciona-se à imagem inicial que se possui do hospital. Esta, ainda que turva, corresponde grosso modo à visão dominante no senso comum: casa onde vivem pessoas realmente loucas, submetidas a tratamentos desumanos, a torturas com choque-elétrico e camisas-de-força, o hospital não é bem um local de terapia, mas de contenção.

> *Liane, sobre a irmã Belinha*: Porque quando ela saía, por exemplo, se desse o destino de lá do Nordeste, ela saía de lá, ela ia pra Santa Cruz, da Santa Cruz ela ia lá pra Amaralina, ia lá pra Pituba, ia andando, andando, andando. (...) Tanto que eu já tinha dito a mãinha: "Oh, mãinha, a gente tem que ir num lugar mesmo. Ou no Juliano Moreira [hospital psiquiátrico], ou como é que diz, aí no Camargo [centro de saúde mental], mas se, como é que se diz, não atender, ou qualquer coisa, a gente tem que tomar uma providência, ir no Juliano Moreira, procurar um lugar pra levar. Pra ver o que que ela tem, que é pra tomar remédio, pra não perder o juízo de tudo, não ficar louca, louca." (...) Na mesma hora que mãinha queria internar, mãinha ficava chorando, ficava com pena, né, dela: "Ah, meu Deus do céu, minha filha no meio daquelas pessoas assim, como é que diz, mais agitada do que ela, oh, meu Deus, oh, minha Nossa Senhora." Mãinha chorava, que não tinha sossego. Todo dia chorando, a gente que ficava com pena de internar ela.

Os relatos tendem a confirmar as expectativas daquilo que era tomado por suposto. O foco das narrativas não recai sobre os aspectos tacitamente assumidos: não se põe em questão o fato de que o hospital psiquiátrico é um asilo para loucos; o que recebe a atenção e descreve-se de forma dramática é a situação em que se tornou necessário o internamento. O que a narrativa propõe, portanto, não é uma contradefinição radical da concepção de hospital que predomina na comunidade, e sim o drama daqueles que se vêem obrigados a pôr seus parentes nessas instituições. Neste aspecto, a narrativa mostra um tom de justificativa moral.

Por um lado, o acordo tácito sobre o que é o hospital expressa a suposição do narrador de que seu ouvinte compartilhe consigo o mesmo conjunto de pressupostos. Todavia, se observarmos a narrativa como uma peça de retórica – em que aquele que fala se dirige a uma audiência da qual espera reações favoráveis, aceitação de seu argumento –, então pode-se interpretar a manutenção dessa conso-

nância como uma preparação para o acordo acerca do que é dito em seguida, uma solicitação de cumplicidade com relação àquelas partes da narrativa a respeito das quais o conhecimento é mais frágil e a aceitação, incerta.

A título de ilustração, observe-se que em um número razoável de casos se tece um argumento que, a princípio, pode parecer contraditório: as pessoas não negam que o hospital psiquiátrico seja uma casa que abriga loucos, entretanto, afirmam que o membro de sua família não era louco, ou não tão louco quanto os demais moradores do hospício, até ter lá entrado. Durante a temporada de convívio com aqueles que seriam verdadeiramente loucos, seu familiar se teria contagiado com a loucura reinante no ambiente, aprendendo então como é ser louco. Tal linha de raciocínio parece coadunar-se com a corrente do interacionismo simbólico, para o qual o doente mental, na instituição, é ressocializado e forçado a permanecer como desviante. Contudo, há uma distinção importante a ser notada: para as pessoas do Nordeste, essa ressocialização decorre, em parte, da forma de organização da instituição e, em certa medida, da qualidade de seus habitantes. D. Firmina, no trecho seguinte, por exemplo, afirma ter seu filho adquirido um comportamento muito mais aberrante no hospital do que aquele que o levara ao internamento.

> *D. Firmina, sobre o filho Vadinho*: Mas quando foi na Lapinha, que ele estava internado, um dia eu fui fazer visita a ele lá. Aí ele chegou, ele chegou e disse assim: "mãinha, sabe qual é o meu caso? Eu vou ficar bom, mas o meu caso mesmo, que eu não tô querendo mulher mais, agora eu tô querendo é homem." Ah, eu digo, agora tá doido demais mesmo. Eu digo, pronto! Ele ficou na Lapinha um, um mês e pouco, saiu com essa cegueira que não gostava de mulher mais. (...) Depois [da corrente de oração feita na Igreja Universal] cabou esse negócio, cabou essa mulequeira, arranjou foi mulé, que as mulé só falta se lascar por causa dele.

Admitir a ocorrência de um processo de enlouquecimento resultante da internação não significa, na maioria das vezes, negar que a hospitalização fosse necessária – ao contrário –, mas também não obriga o narrador a assumir que a pessoa com problema seja louca. Esta estratégia, presente nos discursos, revela uma tentativa de acomodar propósitos distintos, quase contraditórios, qual seja, a de não se atribuir um rótulo prévio de 'louco' ao doente e, ao mesmo tempo, justificar a opção pelo confinamento de alguém de quem se diz que não é (ou não era) louco. É o caso de Zeca, narrado por Joana. Mesmo havendo declarado que o filho passara uma temporada vivendo na rua, comendo lixo, vestido com uma roupa estranha e "esquecido da casa", ela defende mais adiante, ao contar a história do adoecimento do rapaz, a idéia de que teria sido após o primeiro internamento que ele aprendera os hábitos dos loucos.

> *D. Joana, sobre o filho Zeca*: No Santa Mônica, ele só fazia dar medicação e alimentação. (...) Não gostei de lá não. Porque ele, ele... ficou assim. Não, não tomava banho, precisava que a gente mandasse ele tomar ba-

nho. Ele ter que tomar banho. Ficou maluco mermo. Maluco não atina nada. A senhora tá aí sentada, pisa por cima, assim num pede licença, vai andando, quase que assim. Foi [no hospital], ficou assim. Foi. Diz assim: "Oi meu filho, olhe aqui a moça. Fale com ela". "Eí, boa tarde, como vai?" Assim. Era assim. Oh! Num tá maluco?.

D. Adalgisa, igualmente, ao desfiar a história de Jorge, seu filho, fala de comportamentos problemáticos, que para muitos se afigurariam claramente indicadores de loucura: saía de casa sem rumo e desconhecia o caminho de volta, tomava banho nu em uma das praias mais movimentadas da cidade etc. Ainda assim – depois de ter optado por interná-lo em razão de sua dificuldade em lidar com as constantes fugas do filho –, ao visitá-lo no hospital, alguns dias após o internamento, e se deparar com o que para ela se configurava como o espetáculo da loucura, volta atrás e tira o rapaz da instituição, percebendo que, apesar do pouco tempo de permanência naquele ambiente de insanidade, ele estava a tornar-se semelhante aos outros habitantes do hospício.

D. Adalgisa, mãe de Jorge: Ele veio dopado, dopado, pegano a mania dos louco lá, que botava em camisa-de-força, né, botava ele em camisa-de-força. Quer dizer que ele não era violento, mas por causa do... por causa dos outro que tinha lá, aí eles fazia com ele também. Quando eu chegava lá, ele tava na camisa-de-força, eu dizia: "não, ele num é louco pra... num é... num faz nada, nada, num faz nada." Mas aí eles dizia, aqueles home que bota, ficou dizeno: "não, mas aqui a ordem é essa". Eu disse não. Aí fui com o pai dele, aí eu assino o termo e levo ele pra casa, e num trago mais. (...) Porque eles fazia demais com ele, fazia o que fazia com os louco brabo, porque tinha louco que a gente chegava lá que tirava a roupa, que ficava nu e fugia, e via a pessoa queria esganar, queria fazer tudo, então esse era forçado a fazer isso. Mas ele não, ele ficava com medo, ficava quieto no canto, com medo. Aí quando pensa que não, tá dentro da camisa-de-força, tomano choque. (...) Quer dizer que quando ele voltou, ele voltou dopado e violento. Quer dizer que toda mania de lá, ele fazia: "ó, é assim", ele chegou dizendo, "é assim que os doido faz lá, eu sou louco, viu".

O reconhecimento de que a hospitalização pode causar danos ao doente leva-nos à questão da avaliação dos resultados. Consideram-se os benefícios do internamento para o doente inexistentes (lá se tornam realmente loucos) ou ambíguos. Não há propriamente um tipo de tratamento que seja específico e apenas realizado lá; o hospital é um local onde se contêm e forçam os doentes a usarem os medicamentos nos horários prescritos. Com freqüência, os remédios são exatamente os mesmos que o paciente deveria estar usando fora do hospital. Por sua vez, estes não asseguram uma melhora, tendo apenas a função de manter certos comportamentos sob controle, particularmente, possuem a virtude de acalmar. Mas mesmo essa calma é ambígua, pois o remédio dopa, destrói a capacidade de ação

e iniciativa da pessoa. Portanto, não é exatamente uma perspectiva de cura ou melhora significativa para o doente que motiva a internação, mas, como já foi salientado, a resolução para uma situação que tornou a rotina cotidiana insustentável.

> *Givaldo, sobre a vizinha Jaci*: Só sei dizer que, quando pensou que não, o que aconteceu foi esse problema, e daqui ficou no meio da rua, apanharam levaram pro médico e internou. E hoje Jaci tá aí. Tá uma pessoa traumatizada, que ela não pode ver grito, no lugar onde tem muito zoada, ela não se dá bem.

> *D. Firmina, sobre o filho Vadinho*: Com 15 dias que ele começou assim, aí ele foi se internar. E chegou lá, deu certo, se internou. Aí o médico deu injeção, deu remédio, aí ele veio pra casa. Chegou em casa melhorzinho. Chegou na outra semana, tornou a piorar. Aí foi dessa vez que ele foi pro sanatório, como é, meu Deus? Sanatório Bahia. Ele voltava melhor, agora voltava assim aéreo, sabe como é, acho que por causa dos remédios que ele tomava.

> *D. Joana, sobre o filho Zeca*: Saiu e veio pra casa, passou seis ano em casa. Ficou bom. (...) Ele ficava só no trabalho de casa, ele gosta de planta, ia ali pegar uma lata de terra, ia limpar o galinheiro lá atrás, só aqueles trabalhinho assim, pra não forçar ele.

> *Liane, sobre a irmã Belinha*: Ela nunca mais ela foi o que ela era antigamente. Quando ela teve... antes dela começar, dela começar a ter as crises. Ela nunca mais foi igual o que era dantes. Nunca mais ficava, né... como é que diz... o remédio é a salvação dela, é... é o remédio. Que ela tomano o remédio, ela dorme, ela... fica calma, mas se ela passar de... ficar sem tomar o remédio... não dá.

> *Dirlene, sobre o filho João Cláudio*: Não tá bom, tá melhor, que ele tá calmo. Agora só fala besteira. Que ele é filho de Pelé, que o pai dele é Pelé, que vai casar com não sei quem lá, que tem que viajar pros Estados Unidos. E fala esse tipo de coisa.

> *Rosa, sobre a irmã, Bila*: Ficava falando besteira. Aí, mãinha pegou, internou logo ela, né? Mas ela tá, agora graças a Deus ela tá boa, nunca mais teve nada. Mas ela xinga mãinha toda, xinga mãinha. Porque ela diz que tá morrendo de fome. Mentira, mãinha dá comida, ela diz que mãinha cospe na comida. Porque ela também tem um pouco de pirraça.

> *Nina, sobre a mãe Ivanilde*: Não, ficou boa, boa, quando saiu do Hospital, mas ficou dopada, praticamente dopada, ela fazia as coisas, ela lavava um prato, aí deitava e ia dormir, aí dormia, eu acho que com efeito do remédio, né? Mas a gente botava pra lavar prato, pra poder ela não ficar sempre com aquele negócio do remédio. Aí pronto, aí ela chegava, saía, ia na feira, voltava, dormia, qualquer coisa de mãe, mãe dormia, tudo por causa do remédio, aí do Bahia. Mãe ficou um tempo em casa, aí voltou tudo de novo, porque mãe jogou o remédio todo fora.

Se, para o doente, os resultados positivos da ida ao hospital são no mínimo duvidosos, para aqueles que conviviam com ele em situação de crise, as melhoras são significativas. É um alívio para a família não ter a sobrecarga dos cuidados com alguém que freqüentemente rejeita os cuidados que lhe são dedicados.

> *D. Firmina, sobre o filho Vadinho*: Eu me vi foi doida com esse homem dentro de casa. Eu dei foi graças a Deus quando ele pegou a se internar. Aí eu tinha mais tempo. Aí eu entrei na igreja também.

> *Liane, sobre a irmã Belinha*: Muitas vezes era porque num tinha vaga. Telefonava pra lá: "Ah, não tem vaga." Aí vamo pra... pra outro lugar. E também tem às vez que, como é que diz... que muitas vez a gente a internava no, no hospital, a gente... de tanta coisa que ela pintava, não é, mãinha pedia a Deus que ficasse mais tempo lá. Em vez deles, como é que diz, dá alta com um mês e pouco, ou dois meses, mãinha, a gente pedia a Deus que ficasse por mais tempo.

Não seria correto, entretanto, afirmar que, em virtude de uma certa tranqüilidade, os parentes cessassem de sentir qualquer desassossego por ter alguém no hospital e deixassem o doente lá até não mais poder. Se nos hospitais há certamente uma população de pessoas abandonadas à própria sorte pela família, tal não parece ser o destino da maioria dos casos aqui relatados. Ao contrário, é comum que se afirme enfaticamente que os laços entre o doente e sua família não se desfazem por causa da hospitalização. As pessoas se esforçam para mostrar como, apesar do internamento, os canais de comunicação e afeto não se destruíram. Daí a valorização das visitas hospitalares, da manutenção dos cuidados, orações etc. O doente não fica isolado, ainda permanece o vínculo, embora admita-se que nem todos os familiares participem com a mesma intensidade desse esforço para a manutenção da ligação com o doente. Em geral, esta incumbência cabe a mães e filhas.[5]

> *Joana, sobre o filho Zeca*: Eles [os irmãos] – a única pessoa que sente e sinto até hoje sou eu – são assim... displicente e não liga pra nada. (....) Toda semana eu tenho que ir lá, conversar com a doutora, fico atrás procurando saber, procurando a melhora dele, procurando se ele vai ficar bom um dia.

> *Nina, sobre a mãe Ivanilde*: Todo dia, no dia de visita, e todo dia ia levar a comida de mãe, porque ela dizia que a comida de lá era de cachorro, era bonzo, que era comida de cachorro, aí todo dia levava essa comida, arroz, verduras, porque ela era diabética, né? Verduras, e quando era dia de visita, a gente levava fruta, merenda pra ela, e não era cigarro, que ela fuma era charuto, fumo, ela corta o fumo todo e faz o cigarro e fuma, e aquilo ali deixa a pessoa lerda, é muito forte.

> *Ana Amélia, sobre a mãe Bem-Bem*: Eu nem sei quanto ela ficou. Acho que foi uns três meses ou foi quatro. É, aí depois fui buscar. A gente ia,

> visitava, levava coisa pra ela, levava roupa, levava sapato. Aí passou um bom tempo lá, depois acho que nem deram alta. Mandou ele dá licença, depois pediu pra saí, quando pediu pra sair, ela veio embora.

> *D. Firmina, sobre o filhoVadinho*: Aí ele chegou e veio embora pra casa, mas a Sra. acredita que, quando ele chegou em casa, eu pensei que ele veio pra morrer. Ele chegou assim : "mãinha, oh, mãinha, eu tô é ruim, oh, mãinha, não agüento mais não." Assim parecendo que deram remédio demais, eu não sei o que foi. (...) Mas eu também, mas também quando ele saiu de lá, eu pedi a Jesus que não deixasse ele entrar mais em hospital nenhum. Dizia: "oh, meu Jesus, tá doido mesmo." Aí eu, eu digo, péra aí. Aí peguei uma carteirinha dele assim, debandei pra igreja com essa carteirinha, me ajoelhava na hora da oração, fazia pedido. Sexta-feira em jejum, resolve qualquer problema em jejum, a sra. sabia? Na igreja. É. Sexta-feira com fé mesmo a gente vence qualquer batalha. Ele ficou bom, que ele saiu do, do hospital, dizendo que não ia voltar mais, que ele ia trabalhar. No outro dia, ele começou a trabalhar.

Nas visitas, por vezes ocorre que o interno peça ao seu familiar para retornar à casa. A depender de várias circunstâncias, que vão desde o estado do doente à situação doméstica, tal pedido pode ser ou não atendido:

> *Liane, sobre a irmã Belinha*: Quando a gente ia pras visita, ela todo dia falava: "(...), ó que dia que eu vou [para casa]?" Aí eu: "tenha calma, tenha calma que o médico vai lhe dar sua alta". "Eu já tô boa! Num tô fazeno nada. Eu quero ir-me embora, eu quero ir-me embora pra casa, pra ajudar mãinha. Eu quero ajudar mãinha. Eu quero ir pra casa." Eu digo: "tá! fique tranqüila que desta que você vai pra sua casa."

> *Joana, sobre o filho Zeca*: Tem quinze dia que eu fui lá, aí eu conversei com ele, né, conversei com ele, ele tava assim: "E mãe, eu tô tão aborrecido, eu quero ir pra casa, tô preocupado com a senhora, a senhora doente, eu aqui". Eu digo: "Não se preocupe comigo meu filho, se preocupe com você, em ficar bom da sua doença, tratar sua doença, eu quero que você fique bom, pra eu não tar pra baixo e pra cima todos os dia." "Eu vou ficar bom, eu vou ficar bom." Aí fez assim com a cabeça. Aí passou, quando foi na quinta-feira, eu disse assim: "Você quer ir de licença pra casa? Quer ir de licença?" Ele disse: "Quero." "Então amanhã eu vou falar com a doutora pra lhe levar sábado, tá bom?" Ele disse: "tá". "Falo com a doutora?" Ele disse: "fale". Aí quando foi na quinta-feira, eu fui falar com a doutora. (...) Eu disse a ele que, se ele tivesse bem, que eu vinha buscar ele de licença, trouxe até a roupa dele.

Joana, por exemplo, cujo filho interna-se sucessivamente já há muitos anos, constituiu uma estratégia alternativa: nem pede alta para Zeca, nem o deixa no isolamento do hospital, mas leva-o com alguma freqüência para passar o fim-de-semana em casa, para descansar da rotina hospitalar. Quando se nega o desejo do doente, pode-se atribuir a recusa ao médico ou à instituição que não

teria concedido alta, porém trata-se de um argumento apenas parcialmente verdadeiro, pois tanto o internamento quanto a alta resultam de uma negociação entre a instituição e os familiares.

Este é um aspecto relevante, porque o internamento – a despeito de consistir, do ponto de vista da medicina, em uma operação terapêutica – não depende exclusivamente de critérios técnicos, envolvendo elementos que fogem à esfera da competência médica e que se subordinam ao arbítrio da família. A decisão de internar, por exemplo, ainda que precise passar por um crivo médico, é uma iniciativa usualmente familiar: é a família quem regula até que ponto os comportamentos são aceitáveis e passíveis de resolução apenas no âmbito doméstico ou dos tratamentos não hospitalares. Não há um limite precisamente identificável, demarcando qual o momento de internar. Da mesma forma, a alta do hospital tampouco obedece a um critério claramente discernível, havendo relatos de histórias em que os internos obtiveram alta em estados muito próximos àqueles em que se encontravam ao se hospitalizar. Por outro lado, apesar de a alta ser – mais do que o internamento – definida pela instituição, também apresenta um elemento de negociação com a família.

> *Nina, sobre a mãe Ivanilde*: A gente já levou pra internar, pra conversar lá com médico do internamento. Foi, aí ela [a médica] disse: "o caso dela é pra internar, ela tá muito furiosa". Ela teve que ficar, ela não quis ficar, mas teve que ficar. Aí todo dia, eu ia visitar.

> *Marina, sobre a vizinha Belinha*: Pois é, ali naquele posto, ali já tinha um médico dela, né? A irmã dela falou com o médico lá pra internar, que o médico mandou um remédio pra ela tomar pra acalmar, pra ver se conseguia levar pra internar. Mas ela não dava condições, nem sequer de tomar um remédio... Ela num parava.

> *Liane, sobre a irmã Belinha*: E aí ela deu pra ficar nervosa assim, a gente falava qualquer coisa, ela respondia com aquele, com aquele, como é que se diz, com aquela força, agitada. E mãinha disse assim: "vai ter que internar ela. Vai ter que internar ela, porque ela não tá querendo tomar remédio, o que se pode fazer, ela pode piorar ainda mais." Aí eu falei com o médico, ele deu a guia, né? A gente foi no Juliano Moreira, internamos ela.

> *Ana Amélia, sobre a mãe Bem-Bem*: É, não gostou não, ela não gostou não [do internamento]. A gente acha que em casa, ela se sente mais, mais forte. É, porque aqui ela fica mais solta, né? Sai a hora que quer. A hora que quer vem, ela vai lá, pega a comida dela e come. E lá, as comida lá, as comida lá é muito diferente daqui de casa, só podia comer uma vez. Ela ficava lá, toda "Ah, não se dô bem com a comida." Aí pronto, aí, veio com a gente. (...) É, a gente acha, porque ela dá muito trabalho, né? E uma coisa que não é normal, a gente sabe que é um problema sério. Mas como ela não, não aceita (ficar no hospital), não aceita, não quer saber se tem nada, a gente faz a vontade (traz de volta para casa). Sabe que lado

> nenhum vai maltrata ela. Eu não maltrato, os médico não vai maltratar, os enfermero não vai maltratar, ninguém. Mas, às vez, a gente fica com pena, chega lá, vê tão, sei lá, sozinha. Às vezes a gente interna, mas depois que chega lá, sei lá, fica lá assim sozinha, no meio de tanta gente, né?

A saída do hospital não raro representa apenas um intervalo entre novas internações, mas, ao contrário da primeira vez em que se recorre à hospitalização, a decisão pelas internações seguintes é menos difícil. Chega-se, aproximadamente, a se estabelecer um padrão: se o doente começa a fugir ou ouvir vozes, deixa de tomar o remédio, então é hora de internar. Os projetos de ação têm graus de clareza muito diversos: há desde aqueles minuciosamente elaborados, os passos cuidadosamente pensados, até os que não necessitam do mesmo grau de nitidez. No primeiro internamento, em geral, o objetivo era ainda imprevisto, as antecipações e conseqüências incertas conduziam a uma problematização e explicitação maior do projeto a ser levado a cabo; nas internações subseqüentes, não há mais necessidade de se tornar claro o projeto, nem há tantas hesitações, pois se trata agora de respostas a situações tornadas habituais.

> *D. Firmina, sobre o filho Vadinho*: Ele ia, se internava. Ele mesmo. Diz que tava com um negócio, com uma zonzeira na cabeça. Chegava lá, fazia tanta coisa lá dentro do hospital, e aí o povo achava que tava doido mesmo, aí internava. Ele chegava lá e fazia aquela putaria toda. E jogava capoeira lá dentro. Ele dizia que eu não dava remédio, que não sei o quê, e aí, pronto, fechava as portas e metia ele dentro do quarto. Ele correu parece que uns, uns quatro hospícios aqui na Bahia.

> *Joana, sobre o filho Zeca*: Aí quando acabou, eu fui aí embaixo, aí as menina disse assim: "vai, Joaninha, vai, Joaninha, vai levar, cuidar do Zeca, vá!" (...).Tava a casa cheia de sabão aqui, aí eu peguei ele e disse assim: "Zeca, ói, vamo tirar a guia médica e depois, o irmão de doutor Reinaldo [patrão de Joana] trabalha na rádio-patrulha, vai nos levar num hospital aí qualquer pra lhe internar, cê quer?" Ele disse: "Quero." Comigo, ele, ele ia direitinho (para o hospital). Ele gostava porque ele melhorava, né, ele dizia que tinha uma vez, uma voz chamando ele pra destruir ele, era voz chamando ele para morrer: "Umbora dar uma facada nele, umbora morrer afogado, umbora morrer debaixo do carro!"

> *Ana Amélia, sobre a mãe Bem-Bem*: Ela não é doida furiosa. Que ela não... só nos princípio só, que ela começou com aquelas coisinha, mas depois pronto. Agora, por enquanto, é aquela besteira assim, a gente fica com medo e tudo, mas, até a partir de agora, ela nunca pegou ninguém, nunca fez mal a ninguém, nunca bateu em ninguém. Às vez, quando ela tá piorada, os vizinhos aí conversa. Quando ela às vez tá muito furiosa, aí conversa. Muitas vez, assim, fica: "eh, sua mãe tá boa de internar, tá muito, falando besteira, e tal". Já duas vezes, a gente levou ela lá pro Sanatório Bahia.

Nina, sobre a mãe Ivanilde: Não, não, aí ela tomava, ficava, dormia, né? Tinha vez, a gente descobriu, ela botava o remédio debaixo da língua, jogava fora, aí foi piorando, piorando, ouvindo vozes, que tinha alguém querendo matar ela, que o remédio tava com maconha, que a comida tava com maconha, ia pra casa dos outros. Aí minha irmã veio: "ô Nina, desse jeito vai ter que internar". Aí internou.

Mesmo nesses casos, em que se estabelece uma certa rotina de internamentos, o estoque de conhecimento à mão é sempre refeito a cada nova experiência. A antecipação do resultado de um curso de ação previamente à sua execução é sempre uma antecipação à espera de confirmação, um tracejado com pontos vazios a serem preenchidos. Assim, pode-se dizer que o contato direto com o hospital não propicia uma ruptura radical com a imagem veiculada na comunidade regularmente, mas observa-se que esta imagem se enriquece, se torna mais complexa e matizada à medida que o contato ocorre mais amiúde. As pessoas que têm, por alguma razão, menos contato com as instituições, modificam muito pouco sua visão inicial, como é o caso da mãe de Zeca, que o retirou do hospital e jamais voltou a interná-lo: para ela, cristalizou-se a imagem do hospital como a casa onde loucos violentos são amarrados em camisas de força. Por sua vez, para quem é próximo a uma pessoa que passa a viver em um ciclo de reinternamentos, a realidade do hospital adquire novos contornos, reconhece-se a existência de certas rotinas, por meio das quais se descobre alguma normalidade subjacente mesmo ao asilo de loucos.

Ana Amélia, sobre a mãe Bem-Bem: Todos hospital a gente ia por causa dela, ela tava doente. (...) A gente conversava com as outras colega dela que tava lá, a gente conversava, as coisas delas. Tem dia que eles tava furiado (...) tem dias que eles tavam normal, mas mãe tava no meio, também se minha mãe tava no meio, a gente tinha que ficar (...). Conversava com todo mundo lá, dava atenção, se eu levava alguma coisa pra minha mãe, eu passava pros outro.

Nina, sobre a mãe Ivanilde: Como é um tratamento? Tomar remédio, né? Como ela toma lá. Chega lá dentro, toma remédio. Tem almoço, doze horas tem almoço, cinco horas tem a merenda, né? Fica lá na fila, ela esperava lá na fila. E os remédio, ela tomava muito remédio.

Joana, sobre o filho Zeca: Eu vou lá. Primeiro eu vou ver ele, primeiro eu converso com ele e vejo como ele está, né, aí eu digo: "Zeca, como é que tá, tá melhor, você tá se sentindo melhor? Tá se tratando?" Ele agora disse que arranjou lá uns irmão bíbrico e tão lendo a Bíblia. Lá dentro, é, tem lá um rapaz que tava na Barroquinha com a Bíblia na mão, falando, falando, ele tá lá. Então ele disse que sempre é três, sentam juntos, lê a bíblia e falar, né? Eu digo: "tá bom!". Mas ele tá fumano, ele conseguiu passar acho que três ano sem fumar em casa. Levo a merenda, ele gosta de dinheiro, né, levo dinheiro pra ele e a roupa

limpa, ele troca a roupa suja, me dá, e eu trago, e ele fica lá todo arrumadinho, toalha, tudo, né, fica lá todo arrumadinho, direitinho. (...) Pra mim é... é uma doença incurável que ele tem, não sei se ele é doente mental, é uma doença incurável, que quanto mais os médico trata, a gente cuida, zela direitinho, mais ele... E ele gosta de andar limpo, arrumado. Ele não gosta de andar à toa não, gosta de andar bem vestidinho, calçado, num sabe?

Diferentes critérios de avaliação também passam a valer no momento de decidir onde internar o doente: a organização do hospital, a comida, o atendimento médico, a proximidade, a existência de algum conhecido que componha a equipe de profissionais do hospital etc.

Nina, sobre a mãe Ivanilde: Não, esse aí já era diferente [Sanatório Ana Nery], já era comida mesmo, ela achava que era comida, que era arroz, carne, ela achava que era comida, mas no outro, ela dizia que era comida de cachorro, no Bahia, ela ficava dizendo que a comida era Bonzo, era Bonzo. Eu tinha que levar, que eu não ia deixar a mãe com fome, aí eu levava. Mas no Ana Nery, eu via a comida limpa, arroz, verdura, tinha sobremesa, era fruta. E no Bahia teve até festa que ela gostou.

Nina, sobre a mãe Ivanilde: Foi ele [médico, filho de uma ex-patroa] quem levou pro Novis [centro de saúde mental], que falou com uma amiga dele que é médica de cabeça, que ele é médico obstetra. Então ele é que levava todas para internar.

Joana, sobre o filho Zeca: Resolvi botar ele no Santa Mônica porque me amparava mais, eu trabalhava mais tranqüila, e tinha uma pessoa da família que trabalhava na cozinha de lá, eu pedi para olhar ele.

A visão do hospital adquire novas nuances, bem como a imagem de seus habitantes: são doentes, mas nem todos são iguais, nem são loucos todo o tempo. Reconhece-se a existência de rituais sociais dentro da instituição, ou de hábitos similares àqueles de fora. Assim, garante-se uma parcela de normalidade ao hospital e ao doente.

Conclusão

A teoria da rotulação e Foucault, apesar de partirem de pontos de vista divergentes sobre ordem e ação social, identificam na sociedade uma tendência crescente à racionalização e ordenação burocrática do mundo vivido. Neste quadro, a medicina ocupa um lugar privilegiado, pois é a instância que delimita quais os estilos de vida

considerados normais e quais, dentre os modos não convencionais de existência, devem ser definidos como patologia e, enquanto tal, excluídos e confinados. Estas teorias põem à mostra a relatividade do conhecimento médico e revelam suas formas de inserção no mundo social, quer apontando para as condições de possibilidade de surgimento das ciências médicas, quer mostrando como estas ciências exercem um domínio no mundo social, moldando relações sociais e identidades. O conhecimento e as práticas terapêuticas, particularmente no caso do confinamento de pessoas que sofrem de problema mental, traduzem uma intenção de controlar expressões de vida diferenciadas, que trazem em si um potencial de crítica à ordem estabelecida.

Conquanto estas abordagens tenham sido bastante bem sucedidas em seus esforços de abalar uma confiança ingênua que poderia existir com relação às ciências médicas, elas trazem alguns problemas. Ao apontar para a exclusão e controle da loucura ocorridas no manicômio e para a transformação de identidade do indivíduo rotulado como doente mental – com a conseqüente degradação do *self* e da posição social –, acaba-se, em ambos os casos, por destituir os atores sociais de sua capacidade de resistir às formas de subordinação da loucura e do louco. Concebe-se a ordem institucional, embora reconhecendo-a como fenômeno emergente em dado contexto social e histórico, como instância capaz de determinar a relação dos indivíduos para com ela.

Tal perspectiva abre poucas possibilidades para se explorar a utilização concreta do hospital psiquiátrico, como uma alternativa entre outras possíveis, bem como as diferentes interpretações acerca da instituição, sua prática e seus personagens, reveladas quando nos aproximamos das visões que os leigos apresentam a respeito. Sem dúvida, esta temática será considerada irrelevante se não se considera a existência de brechas na ordem institucional, nem de saídas para se escapar ao poder médico. Entretanto, se a intenção não é meramente tratar o hospital como realidade monolítica, mas como resultado de práticas sociais, tal temática adquire peso. Até mesmo quando se pretende pôr em xeque e redefinir as formas de tratamento para saúde mental, é importante se compreender os caminhos percorridos por aqueles que chegam aos hospícios, as motivações e expectativas daqueles que recorrem ao manicômio.

A decisão de internar alguém comporta, sem dúvida, uma expectativa de que o hospital possa funcionar como agência terapêutica e trazer benefícios para a saúde do doente mental, mas esta não constitui a principal motivação para que a ação seja realizada. Não se trata inteiramente de confiança na capacidade da medicina em restabelecer a sanidade, ou de uma delegação de poderes para determinar quem é insano ou são. É a urgente necessidade de restaurar a ordem rompida em uma situação de crise, cujo pivô é o surgimento ou agravamento de um problema mental, que acarreta o internamento. As concepções construídas no campo leigo sobre a instituição manicomial não mantêm, portanto, uma relação direta com o conhecimento que se origina da psiquiatria e da profissão médica, nem podem ser vistas como mera apreensão distorcida deste.

De resto, consideram-se bastante parcos os efeitos positivos do internamento para o asilado, embora mencionem-se amplamente os benefícios (alívio, descanso) para os responsáveis pelos cuidados com o doente. Além disso, passar uma temporada no manicômio não sela de forma indelével o destino dos internos: eles podem sair mais ou menos loucos, mais ou menos dopados, dificilmente saem considerados curados. Por isso, pode-se perceber uma tendência a novas internações nas trajetórias daqueles que se internaram alguma vez, porém mesmo este resultado é incerto. O manicômio é fundamentalmente retratado como remédio (às vezes temporário) para uma situação, não para uma doença.

As imagens e avaliações do hospital construídas por leigos resultam deste engajamento com o mundo, das tentativas de resolução de problemas. Os diferentes percursos que aproximam ou afastam as pessoas da instituição definem o conhecimento a seu respeito. O que pode figurar como pressuposto e quais aspectos do conhecimento se redefinem é algo que se estabelece em cada situação, dados os interesses pragmáticos envolvidos. No Nordeste de Amaralina, aqueles que tiveram contato relativamente escasso com a instituição pouco modificaram suas definições iniciais do manicômio, mais próximas das visões difundidas em geral na comunidade. Por outro lado, aqueles que recorreram repetidamente ao hospital psiquiátrico foram levados a reformular, de modo mais acentuado, suas concepções iniciais. Em virtude das novas experiências do manicômio, passaram a enxergar dimensões outras da vida no hospital psiquiátrico, vislumbrando ali alguma normalidade subjacente, que aproximaria de algum modo o hospital psiquiátrico e seus habitantes de outras esferas do mundo vivido, com rituais, rotinas, relações sociais não limitadas àquelas impostas pela ordem institucional. Esta nova imagem do hospital pode, em certa medida, abrir perspectivas para se compreender como, mesmo em um ambiente cujo controle é severo, os atores sociais encontram novos modos de vivenciar e interagir que não se encontram inteiramente determinados no quadro da organização hospitalar. Por outro lado, revelar a capacidade dos atores sociais de ressignificar certos objetos implica vê-los não exclusivamente como vítimas de processos sociais de larga escala, como a medicalização, mas restituir-lhes a capacidade de avaliação e julgamento.

Notas

1 Afirmar o peso da participação das ciências sociais no debate sobre reformas psiquiátricas não implica assumir que estas reformas foram conduzidas pelas ciências sociais ou que resultaram da discussão travadas nos círculos acadêmicos e intelectuais. Certamente razões de ordem política e econômica tiveram papel decisivo na reestruturação (ou não) das instituições asilares.

2 Neste artigo nos deteremos apenas na experiência daqueles que não estiveram internados em uma instituição, mas que, de alguma forma, participaram de processos de decisão sobre internamento e travaram contato com o hospital.

3 É interessante notar que, à mesma época, já existia uma percepção médica da loucura que buscava desvendar sua verdadeira natureza, sua essência. Mas entre essa percepção e a concepção ética da loucura como desrazão não havia praticamente comunicação. A teoria médica sobre a loucura, diferentemente do que a psiquiatria faria posteriormente, não se baseava na observação do louco.

4 Evidentemente, conceber a ciência deste modo implica aquiescer às severas limitações reservadas ao observador. Este perde sua posição privilegiada, pois já não acredita possuir um lugar fora e acima do mundo, onde possa situar-se para vislumbrar os processos que determinam a vida dos homens, sem que eles tenham consciência. A pretensão do olhar distanciado, do sobrevôo – na expressão de Merleau-Ponty (1994) –, não é, contudo, uma ilusão apenas dos positivistas ou de seus seguidores, mas apresenta-se mesmo em Foucault, na medida em que este, como pensador sobre a realidade social, é capaz de identificar o cego ímpeto normalizador e ordenador das ciências humanas que se pretendem críticas da ordem social, situando-se pretensamente fora de qualquer enquadramento.

5 Ver o capítulo 1.

Referências Bibliográficas

ALVES, P.C. & SOUZA, I.M. *Escolha e Avaliação de Tratamento para Problemas Mentais: o itinerário terapêutico*. Trabalho apresentado no XVIII encontro da Anpocs, Caxambu, MG, 1994. (Mimeo.)

BURY, M.R. Social construcionism and the development of medical sociology. *Sociology of Health and Illness*, 8(2):137-169, 1986.

DARTIGUES, A. *O que é a Fenomenologia?* Rio de Janeiro: Eldorado, 1973.

FOUCAULT, M. *A História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1978.

GERHARDT, U. *Ideas about Illness*. Londres: Macmillan, 1989.

GOFFMAN, E. *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1987.

HUSSERL, E. *A Crise da Humanidade Européia e a Filosofia*. Porto Alegre: Edipucrs, 1996.

JACKSON, M. Introduction. Phenomenology, radical empiricism, and anthropological Critique. In: JACKSON, M. (Ed.) *Things as They Are: new directions in phenomenological anthropology*. Bloomington: Indiana University Press, 1996.

MACHADO, R. *Ciência e Saber: a trajetória da arqueologia de Michel Foucault*. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

MERLEAU-PONTY, M. *Fenomenologia da Percepção*. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

RABINOW, P. & DREYFUS, H. *Michel Foucault – uma trajetória filosófica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

RISSER, J. *Hermeneutics and the Voice of the Other*. New York: State University of New York Press, 1997.

SCHEFF, T. *El Rol de Enfermo Mental*. Buenos Aires: Amarrortu, 1973.

SCHUTZ, A. & LUCKMANN, T. *Las Estructuras del Mundo de la Vida*. Buenos Aires: Amarrortu, 1973.

SCHUTZ, A. *Fenomenologia e Relações Sociais*. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

SZASZ, T. *The Myth of Mental Illness*. Frogmore (St. Alban): Paladin, 1972.

SZASZ, T. *A Ideologia da Doença Mental*. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

Parte II

6

Significação e Metáforas na Experiência da Enfermidade[1]

Paulo César B. Alves & Míriam Cristina M. Rabelo

As línguas não falam, só as pessoas.
(Paul Ricoeur)

Introdução

Uma das temáticas mais importantes nos estudos socioantropológicos da saúde diz respeito ao conceito de experiência da enfermidade, que se refere basicamente à forma pela qual os indivíduos situam-se perante ou assumem a situação de doença,[2] conferindo-lhe significados e desenvolvendo modos rotineiros de lidar com a situação. É importante ter em conta que as respostas aos problemas criados pela doença constituem-se socialmente e remetem diretamente a um mundo compartilhado de práticas, crenças e valores. Na lida com a enfermidade, o doente e aqueles que estão envolvidos na situação (como familiares, amigos, vizinhos e terapeutas) formulam, (re)produzem e transmitem um conjunto de soluções, receitas práticas e proposições genéricas, de acordo com o universo sociocultural do qual fazem parte.

Para a antropologia, a enfermidade não é apenas uma 'entidade biológica', que deva ser tratada como *coisa*; é também experiência que se constitui e adquire sentido no curso de interações entre indivíduos, grupos e instituições. O presente artigo examina algumas premissas teórico-metodológicas do estudo da enfermidade como realidade socialmente construída. Mais especificamente, pretende estabelecer considerações sobre os processos pelos quais os indivíduos atribuem significados às suas experiências de enfermidade e, dessa forma, expressam, comunicam e compartilham com outros suas aflições.

Tal discussão requer uma elaboração mais detida acerca da constituição da enfermidade na experiência do sujeito. Em primeiro lugar, é preciso reconhecer que a enfermidade é, antes de mais nada, uma sensação de mal-estar, uma expressão direta de aflição. Em geral, não saberíamos a priori que estamos doentes sem que a sensação de que 'algo não vai bem' tenha sido experimentada. Assim, a

enfermidade nos remete, em um primeiro momento, à nossa corporeidade. Isso não significa dizer que seja necessariamente produto de alterações ou disfunções orgânicas, ou que todo processo ou estado patológico desperte uma experiência de sentir-se mal.[3] O sentir-se mal remete ao corpo como corpo vivido, indissociável da nossa subjetividade (a qual, por sua vez, é sempre uma subjetividade encarnada).

Radicada no corpo, a sensação de mal-estar, da dor, por exemplo, é inquestionável, pois está precisamente em mim, *no* meu corpo. A dor do outro, mesmo daquele que me seja mais próximo e íntimo, não é vivida por mim. Se lhe dói a cabeça, a mim se me apresenta a figura de alguém afligido pela dor, da qual só tenho patente certos sinais externos, que não são dor, como contrações musculares, gestos e gemidos, com base nos quais construo certas inferências acerca de seu estado subjetivo (de dor).

A sensação de mal-estar, contudo, não constitui em si mesma a enfermidade. Se a enfermidade envolve a presença subjetiva de um mal-estar, isso não significa que derive totalmente dessa experiência. É necessário que o mal-estar seja transformado em objeto socialmente aceito de conhecimento e intervenção. Embora o sentir-se mal, via de regra, se faça acompanhar de uma formulação acerca do seu significado, da sua natureza como entidade discreta e objetiva, trata-se de dois modos de vivência distintos: o primeiro, uma vivência que não se destaca do fluxo de vivências do sujeito e que constitui, na verdade, o ponto de vista ou o fundo opaco sobre o qual se desenrolam suas atividades; o segundo, uma vivência que se fixa pela atenção reflexiva. Sartre precisa essa melhor essa distinção quando comenta a experiência da dor:

> *Os olhos me doem, mas devo terminar essa noite a leitura de uma obra filosófica. Leio. O objeto de minha consciência é o livro, e, através dele as verdades por ele significadas. O corpo de modo algum é captado por si mesmo; é ponto de vista e ponto de partida. (...) Em tudo isso o corpo só é dado implicitamente: o movimento dos meus olhos só aparece ao olhar de um observador. Por mim, capto taticamente apenas o surgimento fixo das palavras umas atrás das outras. (...) Todavia, no próprio momento em que leio, os olhos me doem.(...) Entendamos bem: se a dor se dá como dor 'nos olhos' não há nisso qualquer misterioso 'signo local' e tampouco conhecimento. Somente que a dor é precisamente os olhos enquanto a consciência 'os existe'. (...) Decerto, a denominação dor nos olhos pressupõe todo um trabalho constitutivo que iremos descrever. Mas, no momento em que nos colocamos, não cabe ainda considerá-lo, porque não está feito: a dor não é encarada de um ponto de vista reflexivo... É dor-olhos ou dor-visão; não se distingue de minha maneira de captar as palavras transcendentes. (...) Mas eis que deixo de ler, de repente, e agora fico absorto na captação da minha dor. Significa que dirijo sobre minha consciência presente, ou consciência visão, uma consciência reflexiva. Assim, a textura atual de minha consciência*

refletida – em particular, minha dor – é apreendida e posicionada por minha consciência reflexiva. (...) O movimento primeiro da reflexão é, portanto, para transcender a pura qualidade da consciência da dor rumo a um objeto-dor. (Sartre, 1997:418-422)

A vivência pré-objetiva da dor, em que ela se confunde com meu corpo e constitui o ponto de vista mesmo segundo o qual eu me situo no mundo, transforma-se, mediante a mirada reflexiva, em experiência de 'algo objetivo': a enfermidade. Adquire significado – como coisa – na medida em que me volto reflexivamente para ela, destacando-a do meu fluxo de vivências e destacando-me dela. Desta forma, a vivência de estar ou sentir-se mal é organizada em uma totalidade discreta, transforma-se em objeto e representação, ou seja, em enfermidade.

Para a antropologia, portanto, toda enfermidade envolve interpretação ou julgamento e, enquanto tal, um processo de construção de significado. Importa levar em consideração que este processo não consiste em um ato individual de se perceber uma experiência interior como problemática. A consciência não constitui seus objetos *ex nihilo*, pela autonomia da interioridade subjetiva. A enfermidade dota-se subjetivamente de sentido à proporção que se afirma como real para os membros da sociedade, que por sua vez a aceitam como real. É real justamente porque se origina no mundo do senso comum (Alves, 1993:269). Assim, enfermidade é construção intersubjetiva, isto é, formada a partir de processos comunicativos de definição e interpretação.

Tendo em vista essas observações, uma das tarefas essenciais da antropologia da saúde é compreender como a enfermidade, radicada em uma vivência subjetiva, constitui-se em realidade dotada de um significado reconhecido e legitimado socialmente. Convém observar que a questão proposta não diz respeito à conversão do pré-cultural em cultural. Uma vez que o mundo intersubjetivo da cultura constitui o fundo necessário sobre o qual se desenrolam todas as vivências do sujeito, não faz sentido atribuir à experiência pré-reflexiva um caráter pré-cultural. A questão concerne, antes, à conversão de experiências em que sujeito e objeto não constituem momentos distintos (como no caso da dor-olhos referida por Sartre) em experiências nas quais estes dois termos distinguem-se claramente. Refere-se, por conseguinte, aos modos pelos quais os indivíduos logram expressar, interpretar e comunicar suas experiências de aflição. Em grande medida, este trabalho realiza-se por meio da elaboração de narrativas, nas quais se apresenta a aflição como parte de um transcurso temporal de ações, eventos e encontros.

Nas narrativas de aflição, as metáforas desempenham um papel central: constituem estratégias de inovação semântica, que estendem sentidos habituais para domínios inesperados, oferecendo assim uma ponte entre a singularidade da experiência e a objetividade da linguagem, das instituições e dos modelos legitimados socialmente. Tecidas em uma narrativa, as metáforas dão forma ao sofrimento individual e apontam no sentido de uma determinada resolução desse sofrimento:

permitem aos indivíduos organizar sua experiência subjetiva, de modo a transmiti-la aos outros – familiares, amigos, terapeutas – e a desencadear nestes uma série de atitudes condizentes como a nova situação apresentada. O estudo dos processos discursivos pelos quais os indivíduos constroem e expressam a aflição constitui, desta maneira, um recurso importante para a análise antropológica da enfermidade.

É no contexto dessa preocupação que se insere o presente trabalho. Sua primeira parte procura elucidar algumas questões teórico-metodológicas referentes ao estudo das metáforas, como elemento-chave no processo de construção de sentido, valendo-se de algumas abordagens da metáfora formuladas por filósofos e lingüistas. A segunda parte exemplifica empiricamente como, pelo uso de enunciados metafóricos elaborados em um discurso narrativo, podem-se compreender as formas pelas quais os indivíduos dão sentido à sua experiência da aflição. A discussão de um caso empírico permite trazer à baila questões concernentes à relação entre narrativa, metáfora e experiência que escapam às análises centradas na linguagem escrita, e que vêm sendo apontadas em trabalhos antropológicos mais recentes. Desnecessário é dizer que não se pretende aqui exaurir a problemática teórica e empírica da metáfora.

O Discurso Narrativo e a Metáfora

Os estudos antropológicos sobre a natureza do discurso narrativo subordinam-se largamente a uma noção de estrutura analítica de investigação. O trabalho de Propp sobre o conto russo (aplicado a narrativas orais por etnólogos como A.Dundes e D.Paulme) e as análises dos mitos propostas por Lévi-Strauss constituem, até o momento, os grandes paradigmas para a análise estrutural do discurso. Partindo do princípio de que os sistemas semióticos são fechados, esse modelo reduz a narrativa a um sistema implícito de entidades discretas que mantêm entre si relações auto-suficientes de oposição e diferença. Deste modo, a significação de um discurso não remete à sua relação com uma realidade não semiótica; resulta, em última instância, da capacidade combinatória das unidades descritivas. Constitui tarefa do pesquisador identificar essas entidades e suas relações para decodificar o discurso, isto é, entendê-lo enquanto totalidade integrada. Assim, o modelo estrutural transfere a questão do "*o que* as unidades de análise significam" para "*como* elas significam" (Sperber, 1978).

É inegável que os grandes avanços da teoria da narrativa foram determinados pelas investigações estruturais de sistemas sincrônicos da linguagem. Contudo, como a crítica contemporânea tem salientado, o modelo estrutural é problemático, uma vez que promove uma separação entre significados abstratos e a aquisição e uso da linguagem em situações de interlocução. Ao postular a semiologia estrutural como uma espécie de propedêutica a toda análise da narrativa, esse

modelo sobrepõe a existência virtual do sistema ao aspecto ontológico do discurso, ou seja, institui um primado hierárquico do código, do anônimo, do compulsório sobre a mensagem, a interação, a intenção comunicativa. Em outras palavras, põe entre parênteses a *parole* em favor da *langue*, reduz a situação de interlocução a mero acontecimento transitório e evanescente e, portanto, insignificante para a compreensão da lógica das ações sociais.

Procurando superar as limitações da análise estruturalista sem, no entanto, abdicar de uma noção de estrutura na análise do discurso, Paul Ricoeur sugere que o discurso se fundamente em uma dialética entre evento e significação, descrita da seguinte forma: "se todo o discurso se atualiza como um evento, todo o discurso é compreendido como significação" (Ricoeur, 1987:23). No pólo do evento tem-se os chamados aspectos subjetivos do discurso, ligados ao significado do locutor, ao passo que no pólo da significação alocam-se os aspectos objetivos, equivalentes ao conteúdo proposicional do discurso (a relação entre as funções de identificação e predicação, ou sujeito e predicado, existente no nível da frase). Para Ricoeur, estes dois pólos representam, de fato, momentos da dialética. Como evento, o discurso nos remete a uma intenção comunicativa, quando está em jogo a comunicação da experiência. A experiência vivida, entretanto, é essencialmente privada; não se pode vivenciar as experiências de outrem. O que é comunicado, observa Ricoeur, é a sua significação; é especialmente o conteúdo proposicional do que é dito (a significação da enunciação) que orienta os participantes do diálogo, que lhes permite reter e compartilhar o que o sujeito da experiência intenta transmitir (o significado do locutor), superando as ambigüidades e contingências inerentes a todo processo comunicativo. A compreensão mútua entre os interlocutores depende de que a significação possa preservar-se perante o evento que se esvanece. Para ser compreendido, o sentido do locutor precisa ser expresso ou exteriorizado.

> *Para concluir a discussão da dialética de evento e significação, podemos dizer que a própria linguagem é o processo pelo qual a experiência privada se faz pública. A linguagem é a exteriorização graças à qual uma impressão é transcendida e se torna uma expressão... A exteriorização e a comunicabilidade são uma só e mesma coisa, porque nada mais são do que a elevação de uma parte da nossa vida ao* logos *do discurso. De qualquer modo, a solidão da vida é aí iluminada por um momento pela luz comum do discurso.* (Ricoeur, 1987:30-31)

À dialética entre evento e significação – expressa como dialética entre as dimensões subjetiva e objetiva do discurso, o que o locutor faz e o que a frase faz – sobrepõe-se outra, entre o sentido e a referência. Remontando-se a Frege, Ricoeur observa que se pode tomar o discurso de dois modos diferentes: quanto ao seu sentido ('o que é dito') e à sua referência ('aquilo acerca do que se diz'). O sentido é objetivo e imanente ao discurso, corresponde à correlação entre as funções de identificação

e predicação no interior da frase/discurso. A referência relaciona a linguagem ao mundo. Remete a um apontar intencional para coisas, estados, pessoas e eventos em situações de interlocução, de modo que no discurso "o sentido é atravessado pela intenção de referência do locutor" (Ricoeur, 1987:32). A referência postula o caráter ontológico do discurso. É necessário pressupor a existência prévia do mundo e a experiência de ser-no-mundo para que os indivíduos se possam expressar pela linguagem. Nas palavras de Ricoeur (1987:33), "é porque existe primeiramente algo a dizer, porque temos uma experiência a trazer à linguagem que, inversamente, a linguagem não se dirige apenas para significados ideais, mas também se refere ao que é".

A abordagem de Ricoeur nos conduz a algumas conclusões relevantes. Dado o caráter privado das experiências vividas, é de se esperar que, em situações de diálogo, os sujeitos procurem diversos meios para expressá-las aos outros. A linguagem conotativa assume nesta instância um papel fundamental, pois, ao pôr em relação sentidos explícitos e implícitos, permite aos indivíduos transmitir, até certo ponto, estados e sentimentos sutis, para cuja expressão a linguagem denotativa torna-se, muitas vezes, inadequada. O estudo das metáforas, como elemento-chave da linguagem conotativa, oferece à investigação antropológica um caminho para compreender os processos pelos quais os indivíduos compreendem e explicam suas experiências.

Para a lingüística, a metáfora é uma enunciação, um ato de linguagem, e o seu *locus* deve ser procurado no nível figurativo do discurso, oral ou escrito. Para além dessa definição mais geral, há vastas discordâncias sobre a natureza e o papel da metáfora no discurso. Obviamente, a presente discussão não pretende resumir a literatura consagrada a essa problemática, mas tão só tecer algumas observações relevantes para a análise antropológica acerca da construção e utilização de metáforas.

Segundo a retórica clássica – aquela que, iniciada por Aristóteles, perdurou até fins do século XIX –, a metáfora designa uma das figuras (tropo) que modificam o sentido de uma palavra graças ao fato de se a substituir por outra. Nessa concepção, a metáfora é uma espécie de analogia e, como diz Aristóteles em sua *Poética*, uma "transposição do nome de uma coisa a outra; transposição que se faz do gênero à espécie, da espécie ao gênero, da espécie à espécie" (Aristóteles, 1967:97). Deste modo, metáfora seria um dito engenhoso, um ornamento, que teria por função estender o sentido de um nome, sem que com isso se acrescente alguma inovação semântica à palavra substituída. Ou seja, considera-se a metáfora uma forma 'estilística' de dizer aquilo que poderia ser dito literalmente, isto é, por uma linguagem denotativa.

Muitos teóricos da literatura e filósofos, como Wellek e Warren (1976), Richards (1936), Beardesley (1958) e Soskice (1989), têm submetido a concepção clássica da metáfora a duras críticas. Todos partem do pressuposto de que, ao reduzir a metáfora a uma mera substituição de palavras, a teoria clássica não dá

conta da dimensão de sentido constituída mediante o enunciado metafórico. Assim, concordam entre si ao afirmar que a metáfora expressa um significado; as divergências surgem no que toca à definição do conteúdo específico desse significado e da forma pela qual é criado.

Uma alternativa bastante interessante ao modelo clássico é oferecida pelas teorias da metáfora provenientes dos estudos da imagística, tópico pertencente tanto à psicologia quanto à análise literária e à filosofia. Em termos gerais, as concepções imagísticas da metáfora baseiam-se no princípio de que a função da metáfora é criar uma imagem de uma dada realidade dotada de significação emocional. Assim, a metáfora tem raízes afetivas, e a relação entre seus termos expressa fundamentalmente um conteúdo emotivo.

Ao ressaltarem o sentido emotivo que perpassa todo enunciado metafórico e que se cria por seu intermédio, as concepções da imagística nos permitem ir além de uma visão da metáfora como simples adorno, para compreendermos seu papel na expressão das experiências vividas. A ênfase no conteúdo emotivo da metáfora, entretanto, conduz os teóricos da concepção imagística a negligenciar seu conteúdo semântico. Uma vez que nos diz algo de novo acerca da realidade, a metáfora possui mais do que um valor emotivo. Daí uma crítica que se pode fazer à teoria imagística: por menosprezar a existência de um significado semântico na metáfora, não estabelece uma distinção entre 'o que é dito' e 'aquilo acerca do que se diz' e, conseqüentemente, pouco explica sobre o modo como as imagens, contrastadas e comparadas entre si no enunciado metafórico, combinam-se para criar novos significados.

Para explicar como uma associação de imagens pode gerar uma nova significação, é necessário analisar o processo da *metaforização*. Tradicionalmente, este processo tem-se resumido a uma operação analógica: colocando um tópico A em contato com um veículo B, isto é, fazendo A parecer uma espécie de B, a metáfora retira características salientes do veículo para ressaltar o tópico. Desta maneira, estende o significado do tópico.

De acordo com alguns autores, a concepção de que a metáfora opera por meio da analogia parece ainda insuficiente para se compreender sua dimensão criadora. Conforme observa Kirmayer, as metáforas não constituem simplesmente um mapeamento isomórfico de um esquema conceitual para outro; vão além da analogia à medida que transformam o tópico pela interação com aspectos sensoriais, afetivos e cognitivos dos elementos justapostos (1993:172). Também Ricoeur contesta a definição de metáfora como uma simples analogia entre palavras ou conjunto de palavras. Seu argumento apóia-se na tese de que o *locus* da metáfora é a frase, e não a palavra: as metáforas dizem respeito à função de predicação da frase: operam, inicialmente, instituindo uma tensão, no seio do enunciado, entre duas interpretações opostas; é o conflito entre ambas que sustenta a metáfora. O enunciado metafórico obtém sua eficácia instituindo a absurdidade, que se revela

logo que se tenta lhe aplicar uma interpretação literal. Segundo Ricoeur, "a interpretação metafórica pressupõe uma interpretação literal que se autodestrói numa contradição significante. É este processo de autodestruição ou transformação que impõe uma espécie de torção às palavras, uma extensão do sentido, graças à qual podemos descortinar um sentido onde uma interpretação literal seria literalmente absurda" (1987:62). No seio da absurdidade gerada pela discordância entre duas interpretações contraditórias, a metáfora introduz a semelhança, que serve para reduzir ou resolver a discordância inicial. Assim, pode-se dizer que a metáfora cria um parentesco não percebido ordinariamente. As metáforas vivas ou de invenção – diferentemente das metáforas mortas, já consagradas pelo uso e incorporadas ao nosso léxico comum, como 'pé da mesa' ou 'primavera da vida' – são criadoras de significado e, portanto, não são traduzíveis (isto é, seu sentido inovador não pode ser exaurido através de paráfrases). Uma metáfora, conclui Ricoeur (1987:63-64):

> *é uma criação instantânea, uma inovação semântica que não tem estatuto na linguagem já estabelecida e que apenas existe em virtude da atribuição de um predicado inabitual ou inesperado. Por conseguinte, a metáfora assemelha-se mais à resolução de um enigma do que a uma associação simples baseada na semelhança; é constituída pela resolução de uma dissonância semântica.*

A estrutura interna do enunciado metafórico possibilita que ele carregue uma nova informação (seu valor referencial). Mais especificamente, é esta estrutura que nos permite compreender por que as metáforas constituem recurso tão valioso nos processos de significação da experiência.

Se, rompendo criativamente com usos estabelecidos da linguagem, as metáforas permitem dizer algo novo acerca da experiência subjetiva, dificilmente exprimível de outro modo, é, no entanto, preciso não reduzi-las a fenômenos meramente subjetivos. Uma ênfase excessiva ao caráter subjetivo das metáforas leva ao esquecimento de que um enunciado metafórico tem uma intencionalidade comunicativa, e que toda intenção comunicativa envolve necessariamente a transmissão de uma mensagem entre um emissor e um receptor. A eficácia da mensagem pressupõe que os indivíduos partilhem, *grosso modo*, um 'valor de equivalência' na associação estabelecida entre as imagens. A metáfora emerge, necessariamente, no seio da interação, de situações sociais, e a sua compreensão não é apenas uma projeção das atividades autônomas e reflexivas dos interlocutores. A compreensão de um enunciado metafórico efetua-se sempre nos termos daquilo que é dado na situação de interlocução. O sujeito compreende através do mundo partilhado de significados, de modo que a metáfora nos remete ao mundo da intersubjetividade.

METÁFORAS E NARRAÇÃO DE EXPERIÊNCIA

O seguinte relato é bastante ilustrativo para que possamos compreender como, pelo uso da metáfora, uma senhora de 55 anos, habitante de um bairro de classe trabalhadora da cidade de Salvador, interpreta e constrói sua vivência da aflição.

D. Firmina é vendedora de acarajé. Há quatro anos, quando atravessava um riacho, ao se dirigir para seu ponto de venda, sentiu "adormecer a cabeça do dedo esquerdo do pé". No dia seguinte, no mesmo local, aconteceu a mesma coisa com outro dedo do pé. Ela nos diz: "agora é o outro dedo, agora é os dois. Não tô governando nenhum dedo do pé, tá tudo duro, os dedo duro mesmo, e com aquela dormência enjoada".

Ela atribuiu inicialmente o caso a uma briga que tivera com um vizinho alguns meses antes do incidente. O vizinho lhe acusara de ser feiticeira: "Ah, você é tirada a feiticeira, tem pau que passa pau". E ela conclui: "Ele tinha me dito isso, né? E depois foi que eu senti isso". A sua primeira providência foi passar limão e pomada nos dedos do pé. O problema, porém, começou a se agravar. Sentia o pé 'partido'. "Era tudo cortado, ó, tudo cortado (...) depois as mãos pegou partir também, pegou partir, partir". Dona Firmina foi ao médico, que lhe receitou algumas pomadas. "Foi mesmo que pegar e jogar tudo dentro do rio, porque eu passava, não sentia alívio de nada". Procurou um outro médico, que lhe deu "um remédio de um jeito de uma magnésia":

> Aí eu piorei que parecia que eu ia morrer (...) Aí inchou tudo. Foi subindo, subindo, subindo até o rosto. (...) O corpo corria água, tornou numa brotoeja (...) as cobertas dava pra torcer. Eu fedi a defunto. Enquanto tava só aqueles talhos, não minava água. Eu fiquei parecendo um bicho. Tanto inchava como tinha brotoeja, e como corria água do corpo.

D. Firmina, então, resolveu procurar um pai-de-santo. Deram-lhe um banho. "Quando aquele banho caiu em meu corpo, foi o mesmo que morrer. Ardia. Subi nas paredes. 'Oi, oi, o que que eu faço, o que que eu faço?' Aquele negócio queimando, parecendo que foi um Satanás mesmo que jogaram em meu corpo". Seu problema não se resolveu.

A mãe de D. Firmina, que há algum tempo se havia convertido à "lei de crente" e que nunca deixara de expressar seu desejo de converter a filha, insistiu para que esta lhe acompanhasse à igreja. Dona Firmina freqüentou alguns cultos com a mãe, mas foi quando ouviu no rádio a pregação de um pastor a respeito da 'cura invisível' que sua vida recebeu um novo direcionamento. Decidiu procurar aquela igreja: "Aí me plantou aqui no juízo. Aí eu me invoquei com a cura invisível, né? Essa doença é invisível, que médico não dá jeito, ninguém dá jeito. Então eu vou fazer essa corrente". Ela descreve a sua experiência na igreja pentescostal:

> Aí quando eu cheguei aí, mandou todo mundo fechá os olhos, aí eu cheguei assim fechei. E dentro da pele tinha um bicho que corria, dentro da minha pele, mas ele corria daqui até aqui assim, (...) do pescoço até o joelho, (...) era um bicho, parecia o lacrau. O lacrau é um... um gongo que tem assim no chão, e tem uma tesoura na ponta do rabo. (...) Era aquele bicho que eu sentia correndo dentro do meu corpo, além de toda a inframação, toda a dormência, toda brotoeja (...) Eu sentia, eu não via. Eu sentia correndo, mas sentia que era um bicho daquele. Corria entre a carne e a pele, e ia até aqui e voltava mordendo, mordendo, e eu ficava me coçando, me coçando, e aquilo não tinha jeito. (...) Mas quando eu cheguei na hora da oração, na hora de receber a cura, sabe de onde ele saiu? Daqui, do meio da cabeça. (...) Na hora da oração, que falou da feitiçaria, que aquilo foi uma feitiçaria, o bicho mexeu aqui, (...) senti na cabeça. Aí ele friviou, friviou, e veio descendo, veio descendo, descendo, descendo, quando chegou em cima do coração, eu não vi mais nada, eu não vi que ele desceu mais. Aí pronto, foi aquela manifestação horrorosa que eu não vi mais nada. Caí, manifestei, sim. (...) Depois que eu fui, eu não senti mais aquilo. Fiquei curada das brotoejas, tudo. Eu curei num dia, numa tarde. (...) Quando cheguei em casa, o corpo já tava enxugando. (...) O pé desinchou, pronto.

A narrativa de D. Firmina é marcada pela precisão de detalhes sobre a origem, curso e desenvolvimento da doença. Informações relativas a relações sociais, estados do corpo, sentimentos e impressões subjetivas mesclam-se para produzir uma imagem comovente de dor, morte e, finalmente, restabelecimento da vida, ou melhor, construção de uma nova vida. A aflição assemelha-se a um rito de passagem.

Nesta história, podem-se discernir dois conjuntos dominantes de metáforas que distinguem os dois grandes momentos da narrativa. No primeiro, descreve-se o processo de eclosão e desenvolvimento da doença; no segundo, a resolução da aflição no interior da igreja pentecostal. As metáforas do primeiro grupo constroem uma imagem de estranhamento e alienação progressiva de si: a doença – que se inicia como sensação de "adormecer a cabeça do dedo esquerdo do pé"– gradativamente se alastra pelo corpo, conferindo-lhe uma aparência repulsiva, por vezes monstruosa. Por fim, vai "subindo" até desfigurar o rosto e assim comprometer o próprio eu, expresso, por excelência, pela face. "O corpo corria água, tornou numa brotoeja. Eu fedi a defunto. (...) Fiquei parecendo um bicho". A doença se inscreve sobre o corpo de forma dramática e parece ameaçar a integridade do eu.

As metáforas do segundo grupo conduzem a história ao momento de sua resolução. No ambiente do culto pentecostal, a doença é percebida e expressa como uma entidade localizada – "um bicho, parecia o lacrau, um gongo que tem uma tesoura na ponta do rabo" –, alojada dentro do corpo. A dor seria o bicho correndo e mordendo entre a carne e a pele. Há um deslocamento significativo

entre estas imagens de sofrimento e dor e aquelas pertinentes ao primeiro grupo: enquanto as primeiras descrevem as marcas exteriores da doença para mostrar a transformação e paulatina alienação do eu, as segundas descrevem as marcas interiores da doença para mostrar a corporificação ou objetivação do mal como algo palpável, embora não imediatamente visível. No primeiro momento, a doença e a identidade pessoal gradativamente se fundem; no segundo, separam-se gradativamente, até a expulsão final da enfermidade do corpo do doente.

É justamente esse deslocamento – de uma imagem da doença como presença que recai sobre o corpo e o remodela, para uma imagem da doença como objeto bem definido que se aloja dentro do corpo – que permite a resolução final do drama. Deste modo, pode-se dizer que as metáforas servem não apenas para atribuir significado às experiências, como também para prover possibilidades ou direções para sua reorganização.

Como um todo, as metáforas tecidas por D. Firmina para descrever sua aflição trazem imagens vivas e bastante concretas, que ferem diretamente os sentidos e provocam uma reação imaginativa imediata em quem as ouve. Dois elementos merecem ser ressaltados a este respeito: primeiramente, a concretude das imagens, seu enraizamento nos sentidos e na emoção, chama a atenção para o status mesmo das metáforas na constituição da enfermidade como vivência significativa. As metáforas constituem, sem dúvida, elemento fundamental no processo de construção de significado. Porém, diferentemente das construções abstratas ou analíticas, que rompem com o domínio imediato da experiência vivida, permanecem fincadas na experiência, oferecem um panorama dessa experiência em sua imediaticidade. A diferença entre o trabalho realizado pelas metáforas e aquele produzido pelos conceitos abstratos, no processo de significação, também se evidencia no caráter quase narrativo de muitas enunciações metafóricas usadas por D. Firmina, no fato de que decompõem e desdobram a doença em um conjunto de ações banais. Assim, o relato povoa-se de metáforas que descrevem e mapeiam o corpo como espaço paulatinamente conquistado e transformado pelo mal – que sobe, se espalha, corre. Essas metáforas constituem a resolução de um enigma, para usar as palavras de Ricoeur, não apenas porque resolvem uma tensão, interna ao enunciado, entre duas interpretações divergentes, mas porque, condensando características narrativas, apontam na direção de um futuro, em que a ação apresentada é finalmente encaminhada para um desfecho, que antecipamos.

É preciso ter em mente que antes de desempenhar um papel específico na narrativa em que se encontram inseridas, as metáforas apresentadas por D. Firmina apontam para ou referem-se a algo que existe fora do texto: a experiência encarnada do sofrimento. Seguindo a terminologia de Ricoeur, considerações acerca do seu sentido não devem conduzir a um esquecimento desta sua dimensão referencial fundamental. Nisto reside uma das principais razões pelas quais o estudo das

metáforas é de tanto relevo para a antropologia da saúde: sua vinculação estreita com a experiência vivida. Logo, tratá-las simplesmente como elementos de uma teia de relações que opera no interior do texto é perder de vista sua dimensão existencial. Neste ponto, a abordagem antropológica separa-se das análises lingüísticas, ao mesmo tempo em que revela as limitações destas últimas para dar conta da imbricação entre metáfora e experiência vivida. Evocadas nas metáforas usadas por D. Firmina encontram-se imagens que expressam o envolvimento de um sujeito/corpo na situação de aflição. Entretanto, essas imagens não consistem apenas em recursos lingüísticos utilizados para adicionar uma forma ou significação ao sofrimento vivido: antes de fazer parte de um texto elaborado após a conclusão do drama real, as imagens (ou talvez outro conjunto delas) fizeram parte do próprio drama, ou melhor, do processo de significação que se desenrola no curso mesmo da experiência. A narrativa organizada ao redor da metáfora do lacrau foi, muito possivelmente, uma narrativa vivida, antes de ser um texto acabado e meramente contado.

A experiência de cura vivenciada por D. Firmina situa-se no interior do modelo pentecostal, no qual se percebe a doença como um mal que invade o corpo, e a cura constitui processo público de expulsão da entidade maléfica e ingresso do doente no espaço ordenado da Igreja (cf. Rabelo, 1993). D. Firmina já tinha contato com tal universo, convivia com a mãe pentecostal e seu desejo de vê-la convertida. Com a eclosão da doença, este contato se intensifica, D. Firmina freqüenta cultos e participa de correntes de oração. Organizadas em torno de um conjunto de metáforas, as sensações corporais experimentadas durante o culto em que se opera a cura ajustam-se à visão de mundo pentecostal, embora expressem, sem dúvida, uma síntese bastante original no quadro dos seus princípios gerais. Acompanhando um argumento proposto por Kirmayer (1993), pode-se dizer que as metáforas parecem mediar entre um conjunto de sensações corporais e uma narrativa genérica. São metáforas vividas; atuam no campo da experiência. Ao invés de agirem pela imposição de um significado externo, arbitrário, sobre a experiência, evocam e mediam conexões no interior da experiência (Jackson, 1996:9).

Seria fugir inteiramente do sentido almejado por D. Firmina supor que, ao identificar sua dor com um lacrau, ela estivesse usando a metáfora apenas como analogia, para ressaltar a gravidade do seu sofrimento. Ao contrário, a metáfora revela e traduz um modo de significação ou compreensão não intelectual, que é antes um engajamento do sujeito-corpo na narrativa de cura constitutiva do projeto pentecostal, do que uma reflexão *a posteriori* sobre tal processo. É valendo-se dessa compreensão que a aflição passa a ser sentida como um objeto que invade e se aloja no corpo, que se torna um lacrau. Não só é preciso romper com uma visão da metáfora como analogia, senão que é também preciso abandonar interpretações dualistas no estudo das metáforas, se queremos entender o papel que desempenham na significação da experiência. Diz Jackson (1996:9):

se as metáforas corporais são interpretadas não dualisticamente, de modo que a idéia ou sensação e seus correlativos corporais não sejam vistos como sínteses retóricas e abstratas entre dois termos – sujeito e objeto, tópico e veículo –, que podem ser definidos mais realisticamente separados um do outro, então o significado da metáfora está em descortinar a dependência entre corpo e mente, self *e mundo. Metáforas, portanto, revelam ou realizam unidades; não são meios figurativos de negar dualidades.*

Este parece ser um importante papel desempenhado pelas metáforas em contextos rituais de cura. Na sessão de cura divina, D. Firmina *sente* o bicho mexer dentro de si, percorrendo os centros vitais da cabeça e coração, até ser finalmente expelido.

Outro aspecto a ser comentado com relação à história de D. Firmina refere-se ao efeito mesmo que as metáforas produzem nos seus ouvintes e interlocutores. Segundo Fernandez (1986), as metáforas estendem a experiência incoativa (poderíamos dizer pré-reflexiva) do sujeito a domínios concretos e facilmente reconhecíveis pelos outros. Ao descrever sua aflição mediante uma sucessão de metáforas, D. Firmina faz mais do que prover informação sobre acontecimentos passados: provoca nos ouvintes uma resposta emotiva, chamando-os a vivenciar imaginativamente sua experiência pessoal de aflição. O envolvimento dos outros/ouvintes depende em grande medida da força das imagens evocadas. As metáforas "corpo (como) brotoeja minando água e fedendo a defunto" e "doença (como) lacrau que se move mordendo entre a carne e a pele" afetam vários sentidos ao mesmo tempo; imaginá-las é ver-se imerso em uma série de imagens/sensações que não são apenas visuais, mas também táteis (o movimento do lacrau com suas múltiplas pernas e ferrão no espaço delicado sob a pele) e olfativas (o cheiro da água que mina do corpo, o fedor de defunto). Poder-se-ia dizer que o efeito dessas metáforas consiste em transportar o outro (intelectual, sensível e emotivamente) para o drama apresentado. Assim, como bem o demonstra a história de D. Firmina, as metáforas desempenham um papel fundamental na construção de um campo intersubjetivo entre os indivíduos.

Mediante a utilização de imagens plenas de sentimento, D. Firmina conduz seus ouvintes ao longo de um caminho de intenso sofrimento rumo à libertação final da doença, no contexto da cura pentecostal. Bem mais do que acessórias, as metáforas invocadas dão forma a uma experiência incoativa, pré-objetiva, de aflição, tornando tal experiência significativa e manuseável, tanto para ela quanto para os outros. Lançando mão de uma série de metáforas e associações de imagens, D. Firmina constrói, de maneira contundente, os cenários do sofrimento e da cura, permitindo aos seus interlocutores vislumbrar vastos domínios de sua experiência subjetiva, permitindo a si mesma organizar e desenvolver essa experiência de forma socialmente reconhecida.

Conclusão

A questão da significação da experiência reveste-se de especial relevância para a antropologia médica na medida em que diz respeito ao modo como os indivíduos compreendem, organizam, expressam e comunicam suas aflições. Trata-se de entender de que modo experiências subjetivas, radicadas na vivência do sentir-se mal, constituem-se em objeto – a enfermidade – que pode ser explicado e com o qual se pode lidar em contextos sociais específicos. Ao abordar a questão, apontamos para o papel das metáforas na construção do significado. Conforme mostra Ricoeur, as metáforas – porque constituem estratégias de inovação semântica, de criação de novos sentidos – permitem a expressão de experiências subjetivas complexas, multifacetadas, ambíguas, como o sofrimento em suas várias dimensões.

A teoria literária e a filosofia da linguagem têm muito a contribuir para o entendimento dos processos de significação, particularmente ao desvelar a estrutura e as estratégias de operação do discurso (incluindo as narrativas e metáforas). Tentou-se aqui explorar alguns dos caminhos oferecidos por estudiosos desses campos teóricos, em sua abordagem das relações entre metáfora e experiência no processo de significação. Entretanto, procurou-se também mostrar como uma abordagem antropológica da questão precisa superar o paradigma do texto subjacente aos trabalhos de lingüistas, críticos literários e diversos filósofos da linguagem. As metáforas não operam apenas nos textos para trazer, criar ou impor significados a posteriori sobre uma experiência já transcorrida. Elas mantêm-se próximas à experiência, criando mediações entre o vivido e as significações já cristalizadas das histórias exemplares.

Neste sentido, é preciso evitar de situar a operação das metáforas no mesmo nível da operação dos conceitos abstratos, enquanto um modo de compreensão intelectual. Tal associação revela-se extremamente problemática quando saímos dos textos para entender a experiência: muitas vezes tratamos como analogias ou criações engenhosas, fruto de uma reflexão sobre fatos consumados, enunciados que de fato se vinculam à experiência, articulando, do seu interior, corpo e mente, narrativa e performance, razão e emoção.

No entanto, é também verdade que utilizam-se as metáforas para expressar e comunicar a aflição a outros. Os enunciados metafóricos tanto revelam imagens próximas da experiência encarnada da aflição, quanto trazem essa experiência para o domínio dos afazeres cotidianos, práticas e conversações dos sujeitos, transformando-a em algo sobre o qual se pode falar e agir. Ao aproximar diferentes domínios da experiência humana, criam um campo de significação aberto ao diálogo: não só permitem a expressão do incoativo, como também oferecem possibilidades de movimento ou ressignificação. As metáforas comovem, enfurecem,

persuadem – incitam à ação. Assim, contribuem para o reconhecimento das experiências de aflição vividas por outros, para sua transformação em objeto de conhecimento e intervenção segundo modos socialmente legitimados. Entretanto, antes de constituir um tropo puramente a serviço da reflexão, as metáforas situam-se e operam em um domínio próximo à experiência dos sujeitos, articulando-a no seu transcurso e trazendo alguns de seus elementos para situações de interlocução e ação coletiva.

NOTAS

1 Este capítulo é uma versão modificada e ampliada de Alves & Rabelo (1995).

2 Como algo a ser suportado ou enfrentado, conhecido e experimentado em todos suas facetas, rejeitado ou incorporado à identidade etc.

3 Tomadas em si mesmas, as pertubações patológicas constituem objeto de investigação das ciências biomédicas, não da antropologia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, P.C. A Experiência da enfermidade: considerações teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, 9(3):263-271, jul/set 1993.

ALVES, P.C. & RABELO, M. Significação e metáforas: aspectos situacionais no discurso da enfermidade. In: PITTA, A. *Saúde e Comunicação: visibilidades e silêncios*. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1995.

ARISTÓTELES. *Obras*. Madrid: Aguilar, 1967.

BEARDSLEY, M. *Aesthetics*. New York: Harcourt, Brace and World, 1958.

FERNANDEZ, J.W. *Persuasions and Performances: the play of tropes in culture*. Bloomington: Indiana University Press, 1986.

JACKSON, M. Introduction. Phenomenology, radical empiricism, and anthropological critique. In: JACKSON, M. (Ed.) *Things as They Are: new directions in phenomenological anthropology*. Bloomington: Indiana University Press, 1996.

KIRMAYER, L.J. Healing and the invention of metaphor: the effectiveness of symbols revisited. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 17:161-195, 1993.

RABELO, M.C. Religião e Cura: algumas reflexões sobre a experiência religiosa das classes populares urbanas. *Cadernos de Saúde Pública*, 9(3):316-325, jul/set 1993.

RICHARDS, I.A. *The Philosophy of Rhetoric*. Oxford: Oxford University Press, 1936.

RICOEUR, P. *Teoria da Interpretação*. Lisboa: Edições 70, 1987.

SARTRE, J.P. *O Ser e o Nada: ensaio de ontologia fenomenológica*. Petrópolis: Vozes, 1997.

SOSKICE, J.M. *Methaphor and Religious Language*. Oxford: Clarendon Press, 1989.

SPERBER, D. *O Simbolismo em Geral*. São Paulo: Cultrix, 1978.

WELLEK, R. & WARREN, A. *Teoria da Literatura*. Lisboa: Europa-América, 1976.

7

Tecendo *Self* e Emoção nas Narrativas de Nervoso[1]

Míriam Cristina M. Rabelo & Paulo César B. Alves

INTRODUÇÃO

Presente em diversos contextos socioculturais, o nervoso tem sido vastamente documentado pela antropologia médica recente. Trata-se, como muitos já observaram, de categoria polissêmica (Davis, 1989; Guarnaccia et al.,1989; Low, 1994), usada e manipulada em situações de interação (Rebhun, 1993, 1994), característica de um determinado modo de se pensar a pessoa (Duarte, 1986, 1994).

No Nordeste de Amaralina, constitui uma aflição bastante conhecida e comentada cotidianamente, conforme já observado no capítulo 1. Nos relatos produzidos por moradores do bairro sobre casos conhecidos de nervoso ressalta-se, inicialmente, o fato de este ser um termo que abarca um conjunto complexo de signos e ao qual se relacionam diversas situações e contextos causais.

Grosso modo, os signos relativos ao nervoso compõem três nódulos básicos. O primeiro nódulo reúne os signos de agressividade e violência: descreve-se o nervoso como um estado em que as pessoas facilmente apelam à agressão, seja física ou verbal – maridos que batem nas mulheres ou pais que espancam filhos por qualquer motivo, gente que percebe provocação onde esta não existe e inicia uma briga ante a mínima provocação. São pessoas que se alteram com facilidade, xingam, gritam e batem, criando verdadeiras 'cenas', tanto no domínio da casa quanto no espaço público da rua. Neste nódulo situa-se a grande maioria das descrições de homens nervosos, embora encontrem-se também descrições de mulheres cujo nervoso se expressa em termos de agressividade exagerada e/ou fora do contexto.

O segundo nódulo, bastante relacionado ao primeiro, abarca os signos de agitação e impaciência: descreve pessoas avexadas ou agoniadas, que se mostram insatisfeitas e/ou excessivamente preocupadas diante dos problemas do cotidiano, a quem falta um pouco de tranqüilidade e/ou jogo-de-cintura para conduzir a vida. A este nódulo ligam-se certos signos corporais, como andar de um lado para o

outro e tremer de corpo inteiro, além de certas atitudes, como rir demais ou chorar em excesso e por qualquer razão. Por fim, o terceiro nódulo abrange signos de isolamento: pessoas que se trancam em suas casas e evitam contato com outros. Liga estes três eixos o tema do descontrole, associado à idéia de fraqueza dos nervos.

> *Márcia:* Fica, muda logo, começa a ficar nervoso, leva tudo no peito, você fala uma besteira, você fala um negócio tão diferente, ele já muda pra outras coisas, lhe ofende, muda completamente o rumo das coisas.
>
> *Nilma*: Eu acho [nervoso] assim, você tá conversando com a pessoa, na calma, aí uma pessoa fala uma coisa com você, bem uma coisa besta, a pessoa já leva aquilo, uma coisa mais alta, já vai lhe agredindo, uma coisa, uma besteira mesmo...
>
> *Zenilda*: Meu marido mesmo era super-nervoso, nervoso, nervoso mesmo pra valê. Ele era capaz de estrangular se estiver nervoso.
>
> *Silva*: [Ele] é assim nervoso, muitas vezes quer até bater na mãe, na, nas irmã e tudo mais.
>
> *Isabel*: Eu achava assim, que quando ela estava passando fome, que ela esculhambava muito os vizinho, porque ela, quando via os vizinhos com alguma coisa, ela pegava os vizinho só faltava matar, então eu achava que, quando a pessoa está passando necessidade, fica nervoso.
>
> *Madalena*: Ela vivia muito nervosa, falava muito. Ninguém chegasse na casa dela, ela mandava vir embora, não queria ninguém lá, tava irritando ela, tava bulindo com ela, dizendo as coisas a ela. (...) Sem ter se aborrecido com nenhum problema, às vezes é, fica assim, com a boca tremendo, falando, ou às vezes, sem necessidade, se altera.
>
> *Renilde*: De vez em quando ela tá assim agitada, chora. Tudo o que a gente falava com ela, aborrecia, ficava com as mão tremendo, aí a gente dizia assim: "Justina, parece até que você tem nervoso". Aí ela disse: "Eu tenho". Aí, se a gente bulir muito com ela, aí ela se injura demais.
>
> *Madalena*: Mas quando ela tá agitada mermo, se bulir com ela, oxente, ela bate, fica muito nervosa. Do dia mermo... deu um nervoso nela, aí chorou como quê, foi a gente dar água com açúcar a ela, senão morria. Foi, deu a crise mermo forte, foi [água] com açúcar a ela, chorano, chorano, chorano.

Embora as descrições destaquem a disjunção entre o comportamento da pessoa nervosa e o contexto imediato ao qual responde – de tal forma que o nervoso parece uma reação inadequada ou desproporcional em relação ao contexto –, ressalta a noção de que o descontrole que marca o nervoso é fruto de uma situação mais abrangente de pobreza e privação, que impõe sérios limites às possibilidades de se conduzir a vida com tranqüilidade. É interessante observar que o

discurso sobre o nervoso consiste, com freqüência, em um discurso sobre si mesmo. Muitas mulheres tendem a falar de si mesmas como pessoas nervosas e a explicar o significado do nervoso por meio de considerações sobre suas vidas e seus problemas. Em seus relatos, o nervoso articula-se à trajetória de vida, ao mesmo tempo em que emerge marcado por sentimentos não referidos nos relatos em terceira pessoa, como angústia e tristeza.

As histórias em primeira pessoa mostram uma clara continuidade com relação aos relatos produzidos por outros, observadores externos ou personagens secundários no drama do nervoso – elaborando e aprofundando temas comuns –; porém, não podemos esquecer que têm um status epistemológico distinto desses últimos, uma vez que revelam o ponto de vista do sujeito da experiência. Interessa aqui justamente explorar algumas das dimensões de sentido próprias às narrativas de nervoso produzidas por seus protagonistas.

Antes de mais nada, o nervoso, para quem assim se define, é uma condição que se desdobra em vários eventos do cotidiano, ora como efeito, ora como pressuposto para se assumir uma posição perante esses eventos. Com o intuito de introduzir a discussão sobre o nervoso na experiência pessoal, segue-se um caso contado por uma moradora do Nordeste sobre seu nervoso (registrado em diário de campo):

> Pessoa nervosa, Josefa não sai muito de casa. Sua ajuda, entretanto, havia sido requisitada por uma tia enferma e, neste caso, Josefa sentiu-se no dever de prestar-lhe solidariedade. Saiu de casa rumo ao ponto de ônibus e, quando vinha descendo a ladeira, percebeu estar sendo seguida por um homem estranho: magro, magro, uma pele de cor diferente, usava calça jeans. Habitante antiga do bairro, Josefa nunca tinha visto o tal; tinha certeza que não era das redondezas. Veio andando com o homem em seu encalço, parou em uma vendinha e pediu ajuda a uma mulher. Ficou ao seu lado até despistá-lo. Quando chegou no ponto, já a salvo, foi que lhe bateu o nervoso: sentiu que os nervos iam desmoronar, tremia toda. Por sorte, o ônibus não demorou. Chegou à casa da tia pedindo água com açúcar.
>
> Neste ponto da história, Josefa disse (meio que sorrindo, pois pressentia a minha incredulidade, e queria preservar-se do possível ridículo): "pra mim foi Satanás. Não parecia que era Satanás, um homem todo diferente, nunca visto nas redondezas?"

O nervoso de Josefa é um estado de intensa aflição psíquica. Destaca-se, entretanto, a materialidade ou corporeidade deste estado: o corpo treme, a cabeça fica "zuando"; a imagem dos nervos desmoronando parece apontar para uma desintegração da pessoa, sentida, em grande medida, de modo material, físico. É preciso lembrar também que, enquanto emoção, o nervoso pertence tanto à mente quanto ao corpo. Sensações corporais afloram nas diversas experiências emotivas: suor, respiração difícil, tremor ou leveza, músculos tesos etc. As emoções, neste sentido, chamam a atenção para o caráter situado, corporificado (*embodied*), do nosso *self* (Lock, 1993).

É como pessoa nervosa que Josefa apresenta-se nas interações com seus familiares, amigos, vizinhos. Como observa Goffman (1959), qualquer apresentação de si para os outros, envolve, necessariamente representação: mais do que ser sincero, para se ter direito a determinadas atitudes e reações, é preciso parecer sincero, persuadir. Neste processo, as informações emanadas do corpo desempenham um papel importante: os gestos tensos, as mãos tremendo, a expressão de desconforto – por vezes de raiva – na face, que a qualquer momento pode decompor-se em lágrimas, são fortes sinais da aflição de Josefa. Ela sabe, entretanto, que sua representação de si não é aceita sem problemas: o filho reprova seu comportamento, dizendo que ela "faz de tudo para ficar maluca, parece que procura, que quer sofrer". A própria Josefa recorda-se de que, quando jovem, "achava que esse negócio de nervoso era pura encenação". Afinal, os sinais do corpo sempre podem ser habilmente manipulados. Como prova da veracidade do seu estado, Josefa exibe um punhado de remédios que ingere diariamente, em sua maioria tranqüilizantes. Elabora também relatos em que procura dar sentido, explicar e justificar o mal que lhe aflige corpo e mente.

Os relatos de aflição que as pessoas compõem e oferecem aos seus ouvintes (incluindo o pesquisador) articulam sensações corporais, atos e eventos discretos em uma totalidade – o curso da história narrada –, de modo que cada um deles demonstra-se necessário e plenamente justificado. Não há dúvida de que, para entender melhor tais relatos, é preciso ter-se em conta sua função de envolver uma platéia na construção de realidade proposta pelo narrador. No entanto, é preciso igualmente notar que este último nem sempre escapa ileso das próprias construções. Em um certo sentido, também Josefa se alimenta das narrativas que produz no processo de envolver e persuadir seus ouvintes: ao contar a história do seu nervoso, tentando expressar para os outros o que lhe parece dizer seu corpo (e porque o diz), forja para si, via um esforço reflexivo, um senso de *self*.

Conforme já dito, o presente capítulo explora algumas indicações para a compreensão da experiência do nervoso com base no estudo de relatos pessoais. A idéia central, que orienta a discussão sobre o nervoso, é a de que as narrativas permitem apreender dimensões importantes da experiência emotiva, na medida que põem à vista uma relação percebida entre sujeito e contexto, fundante desta experiência. Assim, discute-se a construção do *self* e emoção na história de vida de uma mulher, moradora do Nordeste de Amaralina, auto-referida como nervosa. Desenvolve-se o argumento de que as narrativas representam recurso metodológico valioso para uma abordagem socioantropológica de questões relativas à constituição da subjetividade, particularmente no que tange à identidade do *self* e às emoções.

SELF, NARRATIVAS E EMOÇÃO

A noção de *self* tem-se prestado a diversos significados e usos no campo das ciências sociais. As abordagens mais recentes parecem concordar que, longe de ser um atributo fixo ou permanente do indivíduo, o *self* é forjado no mundo social. Trata-se, assim, de um fenômeno fluido, altamente plástico (Wiley, 1994), mesmo amorfo (Giddens, 1991).[2]

Uma das abordagens mais interessantes à questão do *self* advém do pragmatismo americano. Segundo Mead (1972), o *self* aponta para a capacidade do indivíduo de tornar-se objeto para si mesmo. Tal capacidade desenvolve-se na interação: o indivíduo torna-se objeto para si à medida que interioriza a perspectiva do outro. Pode, então, experimentar em si mesmo as reações que seus atos provavelmente provocariam no outro e, deste modo, monitorar sua ação. Tanto seu desempenho quanto o dos outros podem ser objeto de escrutínio no curso de um diálogo interior. O *self* define-se, de fato, em termos deste diálogo intrapessoal, que se origina e se organiza com base no diálogo com os outros (Wiley, 1994).[3]

A identidade do *self* emerge no processo de dialogar consigo ou tornar-se objeto para si. É, portanto, realização sempre renovada. Nesta direção, Giddens propõe que a identidade do *self* seja "o *self* enquanto reflexivamente entendido pela pessoa em termos de sua biografia" (Giddens, 1991:53). Importante notar que, embora a identidade pressuponha e se alimente de uma teoria da pessoa ou uma definição social do sujeito, não equivale exatamente a esta. Corresponde, antes, ao sentido subjetivo que o indivíduo confere à sua trajetória singular, a qual, em grande parte, constrói e avalia em termos de aproximação ou fidelidade a um ideal de sujeito/pessoa vigente (cf. Dubet, 1995).

Essa construção biográfica é uma narrativa. "A identidade de uma pessoa não é encontrada no comportamento, nem – por mais importante que seja – nas reações dos outros, mas na capacidade de manter uma certa narrativa em curso" (Giddens, 1991:54). A imbricação entre identidade e narrativa tem sido amplamente discutida por Paul Ricoeur, para quem a narrativa oferece ao indivíduo uma instância privilegiada para a compreensão de si próprio, uma vez que totaliza o que é vivido de modo pontual, fragmentário. Assim, é a narrativa sobre si, que o indivíduo constrói e mantém em curso, que lhe permite entrever uma continuidade ou identidade sob os inúmeros e variados eventos, encontros, acidentes e ações que caracterizam a esfera do vivido. Nas palavras de Ricoeur (1991:190): "É preciso que a vida seja reunida para que ela possa colocar-se na perspectiva da verdadeira vida. Se minha vida não pode ser interpretada como totalidade singular, eu não poderia nunca desejar que ela fosse bem-sucedida, completa" .

Em uma perspectiva socioantropológica, pode-se considerar a narrativa como um ato discursivo que: a) apresenta uma unidade semântica (significação); b) refere-se a um mundo que pretende descrever, representar ou exprimir, isto é,

a segmentos da vida de atores/personagens; c) remete-se (de forma auto-referencial) a um locutor; d) vincula-se, dentro de situações dialógicas e 'performáticas', a um interlocutor.

A totalidade semântica do discurso narrativo constrói-se pela relação entre 'segmentos narrativos', isto é, unidades mínimas de significado (mínimas em relação ao campo de exploração escolhido pelo narrador) referentes a ações, experiências, acontecimentos passados. Em uma narrativa biográfica, o locutor sintetiza situações e eventos vividos, avaliando-os, emitindo opiniões e expressando sentimentos. Neste aspecto, os segmentos narrativos não se constituem apenas por descrições de acontecimentos fatuais.

É o conjunto seqüencial desses segmentos que confere a 'unidade semântica' da narrativa, unidade esta que se constitui por meio de duas operações significativas: combinação e seleção. A combinação pode definir-se como a justaposição lógica de dois ou mais segmentos, pressupondo, contudo, a seleção dos acontecimentos, ações, expressões e atitudes a serem justapostos. Ao pinçar e correlacionar esses elementos, o narrador estabelece uma organização seqüencial em que cada segmento pressupõe um outro. Essa organização, a cadeia de combinações e seleções, estrutura a totalidade da narrativa, conferindo-lhe uma significação básica, uma unidade lógico-semântica que assegura a 'coerência' interna do discurso.[4] Ao narrar a sua vida dentro de uma determinada seqüência, o indivíduo atribui-lhe uma ordem, ou seja, imprime-lhe um significado básico, o qual consiste em uma interpretação do modo como um sujeito se considera situado no mundo e a ele se dirige.

O processo pelo qual o indivíduo confere um significado à sua história – mediante a seleção e justaposição de eventos, pessoas, emoções e avaliações – envolve um misto de experiência e fabulação. Ricoeur observa que o auxílio da ficção é de fato importante na construção de uma visão totalizadora da vida. Evidentemente, se o indivíduo pretende sustentar sua narrativa em uma situação de interação continuada com outros, não se pode descolar totalmente da experiência vivida. Entretanto, a aplicação às histórias de vida de modelos narrativos – intrigas – advindos da ficção as torna mais inteligíveis e, portanto, manuseáveis em contextos de interação.

Segundo Ricoeur, a intriga faz emergir a identidade do personagem da própria ação relatada ao desenvolver o que chama de 'dialética da concordância e discordância'. Por meio desta dialética, o contigente e acidental transforma-se em necessário, exigência do desenvolvimento mesmo da história:

> *A dialética consiste em que, segundo sua linha da concordância, o personagem tira sua singularidade da unidade de sua vida tida como a própria totalidade temporal singular que o distingue de qualquer outro. Conforme a linha da discordância, essa totalidade temporal é ameaçada pelo efeito de ruptura dos acontecimentos imprevisíveis que*

> *a pontuam (encontros, acidentes etc.); a síntese concordante-discordante faz com que a contingência do acontecimento contribua para a necessidade de algum modo retroativa da história de vida, ao que se iguala a identidade do personagem. Aqui o acaso é transmutado em destino.* (Ricoeur, 1991:175)

Na narrativa, sujeito e ação se constituem mutuamente: o personagem revela-se por intermédio das ações que empreende e em que se envolve; estas, por sua vez, aparecem como desenvolvimento necessário do próprio personagem. Assim, a identidade do personagem corresponde ao próprio desenrolar da história.

Tecidas no quadro de uma narrativa, as idéias e imagens que os indivíduos nutrem sobre si mesmos e sobre outros com quem entram em relação, bem como sobre seus corpos e as sensações dele advindas, situam-se no contexto temporal de ação de um sujeito/personagem. Narrado, o nervoso se constrói ou reconstrói como elemento da intriga, resultado inevitável, necessário, de uma trama passada; componente, agora tornado fixo, de uma ação que se desenrola, ou seja, traço definidor da identidade. Certamente não se pode confundir a experiência do nervoso com sua rememoração mediante relatos. Estes, entretanto, põem à vista o caráter orientado da emoção como modo de o sujeito dirigir-se para o mundo.[5]

As narrativas de nervoso, neste sentido, referem-se a um modo próprio de estar no mundo, o qual caracteriza a experiência de muitas mulheres pertencentes à classe trabalhadora, no Nordeste. Antes de apresentar um desses relatos, porém, é preciso que se delimite melhor a idéia de emoção que orientará a discussão seguinte.

Na verdade, não há consenso na antropologia sobre a natureza da experiência emotiva. Para melhor definir a perspectiva aqui adotada, destacamos duas posições marcantes na literatura sociológica e antropológica sobre o tema. A primeira trata a contribuição da cultura em termos da provisão, seja de símbolos, seja de regras para a expressão socialmente adequada de estados eminentemente privados, associados a estímulos de natureza psicofisiológica. A cultura, neste caso, forneceria meios (e limites) para tornar públicas as emoções, permitiria a tradução, controle e negociação de estados subjetivos no idioma e contexto da coletividade (Hoschild, 1979; Spiro, 1984; R. Rosaldo, 1984). Esta perspectiva em geral diferencia afeto básico – sentimentos privados associados a processos psicofisiológicos – de emoção – relativa à expressão ou regulamentação cultural desses afetos (cf. Levy, 1984; Gerber, 1985). A segunda abordagem sublinha, ao contrário, o papel da cultura na constituição mesma da experiência emotiva: a cultura, enquanto sistema de símbolos e significados, modelaria a subjetividade humana; fora do universo cultural não se poderia falar propriamente de emoção (Geertz, 1978; Lutz, 1988; Strathern, 1975). É precisamente nesses termos que Geertz analisa o *lek* entre os balineses, emoção que traduz como "terror de palco", e que demonstra só fazer sentido no quadro de uma cultura em que os indivíduos "sacrificam suas personalidades reais em função do papel que desempenham" (1978:252).

Apesar das diferenças, ambas as abordagens podem conduzir a uma visão empobrecedora da experiência emotiva. Ao se tratar a emoção ora como conjunto de estímulos que a cultura permite comunicar e regular em contextos sociais, ora como elemento de um sistema ou código cultural, corre-se o risco de perder de vista o elo entre sujeito e situação que reside na origem da experiência emotiva e que nela se desenvolve. A emoção brota da forma pela qual o indivíduo apreende sua situação particular em um dado contexto. O *lek*, neste sentido, não é simplesmente produto de uma cultura que bloqueia qualquer manifestação puramente individual ou interior em favor da dimensão pública dos papéis, e sim o resultado de uma apreensão, por parte do indivíduo, de que existem incongruências entre o papel ou ideal de pessoa vigente e sua representação cotidiana ou trajetória neste papel. A experiência da emoção supõe, conforme já mencionado, um sujeito situado no e dirigido ao mundo.

Depreendem-se alguns pontos relevantes dessa idéia de emoção. Uma das questões centrais concerne à constituição cultural das emoções. As emoções sempre alimentam-se da cultura, dependem e variam de acordo com concepções particulares de pessoa, corpo, identidade etc. Isso não significa dizer que consistam simplesmente em dados culturais: constituem, antes, um processo que envolve um *self* que se situa e se orienta de maneira particular em face de um dado contexto. Embora represente um passo interessante na superação de um reducionismo tanto cultural quanto biológico, a idéia de emoção como um 'olhar' direcionado para um contexto de relações, pessoas e objetos, pode conduzir a uma ótica excessivamente intelectualizada, segundo a qual a emoção seria uma forma de cognição.[6] A experiência emotiva é fundamentalmente um senso 'encarnado' da situação em que se encontra o sujeito. Este não é uma mente ou consciência, mas um *self*-corpo ativo, em um processo prático de lidar com o mundo. Não se pode compreender experiência da emoção adequadamente sem que a análise reconheça a unidade fundante entre consciência e corpo. Com base em Merleuau-Ponty (1994) podemos dizer que, se a emoção é significado, não se trata de um sentido que é primeiro mental para depois se expressar no corpo: o sentido já está no corpo (como indissociável da consciência), no nível de uma experiência pré-reflexiva, antes mesmo de ser representado. As narrativas de emoção representam uma tentativa de interpretar essa experiência, explorar reflexivamente seus contornos e contextos, tornando-a clara e manuseável. Revelam tanto os padrões culturais gerais que orientam a interpretação, quanto a tentativa do sujeito/narrador de objetivar sua experiência com base nestes padrões.

NARRANDO A EXPERIÊNCIA DO NERVOSO

Sobre o seu nervoso, Josefa diz:

> Me sentia assim, ó, aquela dor de cabeça... parecendo um martelo, a dor de cabeça fazia, tim, tim, me chegava a zuá mesmo. Eu não podia ver ninguém falar, eu não podia ouvir zuada... Se uma pessoa, se eu falasse com uma pessoa pedindo alguma... aí eu falasse com você, eu sentia que você tava, você me respondia assim com grosseria, eu achava, eu acharia aquilo, né? Aí pronto, eu começava a chorar. Aí me dava aquele ódio, aí eu chorava, chorava, chorava.

Descrições muito semelhantes à de Josefa caracterizam a experiência de mulheres do bairro que se dizem nervosas e são reconhecidas como tal. Assim é que o estado de Socorro, também moradora do Nordeste de Amaralina, é descrito por suas filhas: perda de controle, irritação e choro por qualquer coisa.

Socorro é uma senhora de meia-idade, negra, baiana de acarajé, sempre cercada de filhas e netos que criou com muita dificuldade. O nervoso de que sofre agora lhe deixa sem ação, deitada no sofá, com os olhos cheios de lágrimas.

> Às vezes chegava uma pessoa que queria me encontrar. "Era o quê?" "Ah, isso assim..." O coração começava a ficar... aquele pulando, eu sentia mal, aí corria pra debaixo do quarto que fica aí, numa escada... aí encostava, botava a cara num sofá, eu não conversava não. Não, um nelvoso assim. Aqui assim, em cima da cama, olhava, mudava de um lado, só era olhando a rua, os menino brigava, eu olhava, nego xingava meus netos e eu olhando, sem poder falar, não podia fazer nada. A cabeça ficava assim pensando, um dia eu levantava, um negócio assim, dizia assim: "Cê vai morrer"...

Socorro já olhou o mundo com outros olhos, menos distantes. Quando pequena, órfã de mãe, sofreu muito nas mãos de uma madrinha que lhe criou. Depois, já moça, arranjou logo namorado, engravidou e foi largada pelo companheiro que "só fez botar o filho". O nervoso que agora a põe de cama vincula-se bastante à relação com os homens que passaram por sua vida. Do segundo marido, conta:

> Porque eu era gorda, bonita, era bem feita de corpo e ele tinha ciúme de mim. Assim mesmo, eu ainda pari três filho dele. [Botou] uma quitanda pra mim, o freguês vinha comprar e ele não queria que eu fosse despachar. Ele bebo, nem o freguês despachava, quando eu ia despachar, que o freguês saía, eu recebia murro pela cara, pela, por tudo. Assim mesmo, ainda tive três filho dele. Quando eu não agüentei mais, eu abri, botei ele pra fora da minha casa. Eu digo: "hoje cê sai, cê sai hoje da minha casa", sai, não sai, ele foi embora. Quando passou meia-noite, ele mais uns camarada vinha pra querer entrar, bêbado de cachaça, eu não queria que ele entrasse, porque eu digo "eu não vou perdoar", perdoava mais de dez

> vezes. Mas depois eu digo, "agora não dá mais, não dá porque meus filho é novo", ele batia nas criança. Recém-nascido... Dava dinheiro pra ele comprar remédio pro menino, ele bebia. Lá se ia eu ficar doidinha pela rua, "Oh, meu Deus, meus filho doente. Como é que é pra comprar remédio pra essas criança?". Aí me subia aquela agonia, aquele nervoso, meu Deus, o que é que eu vou fazer agora, meus filho vai morrer. (...) Pois ele foi embora, não deu certo. Arranjei outro, arranjei outro. Olhe, eu já fiz muita miséria também... era jovem, bonita, tinha o corpo bem feito, tinha meus dente todo perfeito, cabelo grande e tudo. Arranjei outro...

Viveu dez anos com o terceiro companheiro, que era bom provedor, sempre preocupado com o conforto dos filhos. O fim da relação, entretanto, trouxe muitos problemas para Socorro:

> Ficou, ficou, mas ele era craro e eu sou preta. Meu marido era da sua cor e eu sou preta, então a mãe dele não queria que ele gostasse de mim, mas assim mesmo ele vinha escondido e tudo aqui. Mas um dia ele foi pra Mato Grosso, eu trabalhei, dei dinheiro pra ele se empregar na Petrobras (...) Foi pra Petrobras, ele é petroleiro. Aí mandou dinheiro, a mãe dele em vida, porque tinha ambição, aí ele mandava dinheiro grande, aí mandou pra ela me entregar. Ela aí foi na rua, comprou tudo pouquinho e mandou. Eu disse "ah, eu não, não tô acostumada com isso"... Eu parida, com aquele pouquinho de compra, eu digo, "vou devolver". E fui sempre ousada, eu digo, "eu vou descer e vou devolver agorinha essas compra". Cheguei lá, chamei a mãe dele, falei que aquilo não era compra... "Ah, mas você vai comer é isso agora". "Então fique aí pra senhora". Entreguei as compra. Ela disse: "você não vai comer nem essa, nem mais nenhuma". Aí pronto, quando ele chegou de Mato Grosso, que veio contente pra ver o filho que nasceu, elas embargaram lá. Aí as compra que eu deixei lá, ela foi numa casa de macumba, preparou lá... Quando ele chegou, aumentou tudo, fez de novo tudo, e aquelas que tava ele acrescentou e botou no meio. (...) Quando eu comi o açúcar aí, que ele mandou as compra, mandou e mandou dizer que não vinha não, que eu tinha maltratado a mãe dele... que eu botei o açúcar na boca, adocei meu café, mas foi coisa, passei tão mal, minha barriga foi nessa altura, dor, dor, dor, dor, meu Deus. Ele sem vim aqui, [eu] mandando buscar remédio... O menino caiu doente, eu mandei chamar ele, ele disse que não vinha dar um remédio ao menino, só fazia o enterro do menino quando o menino tivesse no Nina Rodrigues [necrotério]. Tá certo, também larguei de mão... Eu meti ele na justiça, tudo, o processo ainda anda pelo fórum. (...)
>
> Eu fui numa casa, de um homem... ele trabalha com umbanda, é pai-de-santo... Aí o caboclo dele disse: "Eu vou te tratar", como me tratou mesmo, me tratou, disse: "meia-noite você vai ver quem foi, vá pra casa dormir que meia noite você vai ver quem foi". Aí eu deitei pra dormir, quando foi meia-noite eu vi o sino fazer "beim, beim, beim", aí acordei, acordei e tornei a dormir. Aí quando eu vi, foi ela, a finada mãe dele, com

> dois homem cavando, assim, debaixo do pé-de-louro que tem, um pé-de-fumo que tem, cavando, tirando aí. (...) Aí eu fiquei tão nelvosa, eu contava a um, contava a outro... Então disse assim: "ói, pr'eu viver numa vida dessa, doente todo dia de bruxaria, então eu vou abandonar logo". Larguei de mão.

Socorro relata que o pai-de-santo conseguiu curá-la daquela aflição. Tempos depois, entretanto, doença e nervoso voltaram a consumi-la. De certo modo, parecem quase resultados inevitáveis de sua lida cotidiana:

> Quem tem criança, consumição, minhas filhas começaram a se perder, eu aí fui ficando nelvosa, enchendo a casa de neto, eu sozinha pra dar comida, elas não tinha lugar de ficar, eu aqui nessa casa, era aquele... Lavando roupa e passando e entregando no dia certo, ia, me aborrecia com o patrão, voltava, trazia comida pra meus netos. As filha saía, largava dois, três, na minha casa. Tudo isso vai, a pessoa vai ficando coisa, né, ficando encucada. (...) Esse aí, quando veio do Rio de Janeiro, que eu abri a porta, comecei a ficar doente. Daí fiquei, fiquei, com dor de cabeça, o médico disse que eu tava tuberculosa. Quando disse que eu tava tuberculosa, eu fiquei mais nelvosa...

Três eventos se ligam, compondo este novo quadro de sofrimento. Primeiramente, o abandono do seu último companheiro:

> Eu sinto, eu sentia muito triste, porque eu morei dezesseis ano com esse rapaz... e ele era uma pessoa muito boa, nunca deu uma merda aqui dentro de minha casa, me trata excelente bem. Então ele vem, ele vem aqui sempre, ele vem... ele não mora aqui, não, casou, achou uma mulher. Casou, foi, eu fiquei mais apaixonada, quer dizer, eu com nove meses de barriga, já pra ter criança, vi tudo isso concluído, ele tinha uma noiva escondido, fez o mal a essa moça e teve que casar. Quando eu soube, já tava casado. (...) Eu fiquei triste assim, chocada, além disso, depois disse assim: "é verdade, ele vinha, ele tava vindo aqui quando eu tava boa pra eu cozinhar". Ele casou, não fica muito na casa dele, ficava mais aqui. Aí agora que eu caí doente, ele não vem, passa às vez lá por baixo... eu fico assim, é verdade, quando a pessoa só gosta de outro quando tá na saúde. Aí, eu peço a Jesus: "Me ajude, que ele vai ver eu ainda com meu tabuleiro na minha cabeça, o meu dinheiro, pra ele vim me pedir emprestado e eu não emprestar".

Alguns anos mais tarde, ocorre um acidente com seu filho que, confundido com ladrão ao apostar corrida com um amigo, acaba por ser baleado no pé, por um policial.

> Daí eu fiquei nelvosa, porque eu não pude pegar esse homem pra matar, porque eu fui corajosa, eu já morei no morro do Estácio no Rio de Janeiro, não tinha medo de ladrão. Meus filho, aqui tem uns camarada que quiseram viciar meus filho a roubar, isso aí, vieram aqui na porta, eu disse:

> "saia da minha porta, que meus filho é criado sem pai, mas meus filho não vai ser ladrão, não, meus filho vai ser homem". Eu pego a garrafada neles: "Oxem, Dona Socorro". Eu digo: "vá s'imbora, batizo meus filho, graças a Deus, meus filho é home". (...) Aí eu fui ficando nelvosa. Quando foi primeiro do ano, eu tive uma crise, porque quando eu vi ele [o filho] todo [acidentado]... porque aqui, quando é primeiro do ano, aqui nessa rua é uma animação... quando eu vejo, ele tá lá na porta sentado, quando ele me viu, ele deu uma crise e aí começou a me abraçar: "ô mãezinha, ô meu Deus, o que foi que eu fiz, não fiz nada para merecer isso, meu Deus". Aí eu também comecei a chorar, pronto. Aí fiquei nelvosa, fui ficando nelvosa...

Depois, voltando já de madrugada do Pelourinho, onde estivera vendendo acarajé junto com filho, nora e netos pequenos, vê-se no meio de uma briga no ônibus: o veículo em alta velocidade, homens discutindo com violência, sua nora, com a gravidez já avançada, batendo com uma panela na cabeça do motorista para que parasse... No final da confusão, não lhe restou nem um sequer dos seus apetrechos de baiana, perdeu panelas, toalha, abará: "daí pra cá, eu vim, comecei a ficar nervosa".

Deitada na cama, vê os eventos desenrolarem-se como se em outro plano, sem envolvimento, distante. Do corpo, sente que perdeu a vitalidade: "aí fui disminuindo, disminuindo". Logo se viu envolvida em um percurso constante a médicos, exames, coleção de receitas e remédios. Nunca deixou de lado o candomblé e a sessão. Certa feita, indicaram-lhe uma mesa branca; mesmo relutante em sair de casa, acabou indo, tomando o cuidado de vestir três shorts para disfarçar a magreza e não dar o que falar aos vizinhos. Lá, entretanto, 'baixou' nela um espírito ruim que a forçou a encarar seu declínio: "começou a me xingar, dizer as coisas, me chamar de seca, ossuda, velha".

Os Significados do Nervoso em uma Trajetória Pessoal

O nervoso vivido por Socorro encerra significados complexos, múltiplos. Por um lado, é descrito com imagens de abafamento, calor na cabeça, agonia, dor nas pernas, na cabeça e nos nervos, irritabilidade por qualquer coisa. Por outro, constitui experiência de tristeza, distanciamento do mundo, delírio, isolamento. Articuladas em uma narrativa de vida, tais sensações desenham-se sobre o pano de fundo de eventos críticos, que continuamente põem à prova o sujeito/personagem central da história. Assim, delineiam-se tramas que desvendam o presente como desenvolvimento necessário do arranjo de coisas, eventos, relações e qualidades vigentes no passado, ou seja, como negação do acidental. Certos elementos da narrativa desempenham um papel de relevo nessa construção. Na história de Socorro, o feitiço da sogra invejosa, confirmado no sonho previsto pelo pai-de-

santo, afirmam o caráter inevitável da dor e sofrimento que a acometem. No curto relato de Josefa, anteriormentre descrito, a identificação do seu perseguidor com Satanás desempenha o mesmo papel, salientando o aspecto trágico de sua condição presente, a inevitabilidade do seu nervoso. Os personagens da sogra e do perseguidor representam o pólo da discordância que põe em movimento a intriga; construídos como tipos que condensam ou resumem qualidades do mal, amplificam a dimensão trágica dos eventos que se desenrolam: a sogra que faz sofrer Socorro não é simplesmente uma mulher corroída de ciúmes, mas feiticeira apoiada em poderes ocultos; o homem que segue Josefa não é um mero ladrão perverso, mas Satanás, a própria encarnação do mal.

Um dos fios condutores do relato de Socorro é a história de declínio do corpo, que ela expressa como sensação de estar 'diminuindo' ou 'descendo'. Seria difícil compreender o sentido do seu nervoso se divorciado dessa dimensão existencial. No passado, ela era gorda, bem-feita, dentes e cabelos bonitos, desejada e objeto de ciúme; agora, está magra, ossuda, doente, evitada pelo parceiro de anos. Esses novos traços não se acrescentaram simplesmente pela passagem natural do tempo, mas pelo tempo como consumição, desenrolar sofrido de eventos que se inscrevem e deixam marcas no corpo. Ao falar da decadência do seu corpo, Socorro não se refere apenas ao processo natural de envelhecimento, mas ao seu caráter quase forçado, imposto, marcado até mesmo pela violência infligida ao corpo. Esta decadência implica uma transformação do corpo/sujeito que se afirma – ou, como diz Socorro, que 'já fez muita miséria na vida' – para o corpo desenraizado do mundo (jogado no sofá), objeto da ação de doenças e terapias.

No relato de Socorro, a fraqueza do corpo relaciona-se a um processo mais amplo de enfraquecimento de natureza moral: surge de sucessivos e fracassados empenhos de ver preenchido o papel de marido/pai/provedor no interior da família e, em decorrência, de vir a ocupar uma posição ideal, não ambígua, de mulher/mãe/cuidadora. Expressa no relato, apresenta-se uma dificuldade marcante de orientar a vida – e construir um senso de identidade – segundo este ideal.[7] Sem a referência concreta de um companheiro e pai para seus filhos, Socorro se vê obrigada a lidar sozinha com as numerosas incumbências da casa, pertençam ou não ao domínio tradicional da mulher.

Partindo da idéia de que o modelo de pessoa vigente nas classes trabalhadoras é essencialmente hierárquico, Duarte sugere que o nervoso da mulher vincula-se em parte ao seu ingresso no domínio masculino (mundo público, do trabalho etc.), uma vez que tal situação negaria sua condição de pessoa, definida segundo essa lógica relacional. Entretanto, diante de um contexto produtor de tensões e fragilidade, Socorro forja para si, na narrativa, a imagem de uma mulher forte, ousada, que põe o companheiro violento e alcoolizado para fora de casa, recusa migalhas de uma sogra maldosa, enfrenta marginais, cria os filhos sozinha mas com honradez. Tal imagem não é fruto exclusivo de sua criatividade individual;

compõe um estoque cultural de figuras ou personagens femininos que circulam em um meio de classe trabalhadora urbana. A personagem de que Socorro se apropria e desenvolve em seu relato permite-lhe transformar, ainda que no domínio meramente ideal, uma situação de fraqueza (relativa à dificuldade de aproximar-se de um modelo de mulher e mãe dada a ausência do marido/pai/provedor) em uma experiência de afirmação de força e poder diante das dificuldades e crises da vida.

No quadro da narrativa, o nervoso que passa a afligir Socorro aparece justamente em momentos de dificuldade e crise: a violência do marido que gasta seu dinheiro e a deixa impossibilitada de comprar remédio para o filho doente; a rejeição do companheiro, que, envolvido pelas mentiras da mãe, nega amparo em momento de doença e aflição; o abandono do homem por quem é apaixonada e a quem sempre ajudou; o acidente do filho; o conflito no ônibus que a faz perder boa parte do equipamento de trabalho. A experiência que Socorro tem do nervoso, no entanto, não se reduz a uma mera reação a circunstâncias adversas, mas advém de um senso de sua posição particular no estado de coisas. Na história narrada, esta experiência revela-se como ligada a um senso de impotência diante do contexto que, em última instância, põe em xeque sua possibilidade de afirmar-se como mulher forte/ousada/orgulhosa: nas situações descritas, o que parece inquietá-la e deixá-la nervosa é a percepção de que não há como manter ou pôr em ação esta identidade. Neste prisma, o contexto questiona e, no limite, nega as condições de possibilidade para afirmação da imagem proposta e desenvolvida para si. É bastante esclarecedor, neste sentido, o fato de que, ao descrever o nervoso que lhe sobreveio com o acidente do filho, Socorro relacione a crise emotiva com a impossibilidade de tomar alguma atitude para com o policial responsável.

Em discussão sobre as emoções, M. Rosaldo observa que "emoções dizem respeito às formas pelas quais o mundo social é um [mundo] no qual *nós* estamos envolvidos" (1984:143). No caso do nervoso de Socorro, esta relação parece marcar-se por um forte senso de descompasso entre *self* e contexto, oscilando entre uma tensão ou investida constante contra um quadro de eventos e relações, cujos detalhes aparecem como se vistos por lentes de aumento (o que é expresso como agonia, raiva e irritação por qualquer coisa) e um desinvestimento ou desenraizamento agudo do contexto (dado por uma sensação de distância e envolvimento decrescente com o mundo).

Conclusão

A narrativa de Socorro desvela dimensões estruturantes da vida cotidiana de mulheres de classe trabalhadora urbana. Embora fruto de uma trajetória e uma criatividade individuais, compõe e articula elementos de uma narrativa cultural mais ampla, própria a uma vivência específica de gênero e classe.[8] Com isso, não se pretende afirmar que o significado do nervoso, como categoria cultural salien-

te, encerre-se no relato de Socorro, mas que, na construção de uma narrativa pessoal encontram-se, por um lado, refletidos os contextos ou quadros sociais de uma experiência individual, e por outro, desenvolvidas imagens e metáforas que compõem um certo campo intersubjetivo, desde o qual os indivíduos podem dar forma e comunicar suas experiências singulares.

A narrativa de Socorro retoma, aprofunda e dialoga com temas salientes nos relatos genéricos que se produzem, sobre o nervoso, entre moradores do bairro. Contudo, na medida em que constitui uma perspectiva de primeira pessoa sobre o nervoso, abre-se a novas e distintas dimensões de sentido: representa uma aproximação à experiência vivida, ao mesmo tempo em que constitui uma tentativa de fazer dela emergir um sujeito total e coerente.

Conforme procuramos mostrar, a composição de vários elementos ou unidades de significação no quadro da narrativa expressa e configura uma identidade ao totalizar o que é vivido segundo a urgência do momento. Essa apreensão totalizante da vida se dá, em larga medida, mediante um jogo imaginário, entre o eu e o outro, que o ato de narrar instaura. Ao contar sua trajetória pessoal, o indivíduo assume posição de alteridade, pois toma a si mesmo como o herói ou figura emblemática cuja saga rememora. Cria-se, portanto, no processo da narração, um distanciamento entre o eu-narrador e o eu-personagem da história narrada. É esse distanciamento – tomar-se como 'outro' – que permite ao indivíduo refletir sobre o vivido e dar-lhe uma ordem. A identificação com ou reconhecimento no outro emblemático – o herói – não apenas possibilita que o indivíduo/narrador projete uma determinada definição de si para um público, mas também o auxilia a perceber-se como *self*, a formar um senso de continuidade subjacente ao suceder contínuo de eventos, compromissos, acidentes. Na narrativa, captura-se essa continuidade na ordem do enredo, cujo desenvolvimento – tomado como destino, desenrolar necessário de uma trajetória – coincide com o desvelamento da identidade do narrador, tornado personagem.

É preciso lembrar, também, que o relato se produz no campo da ação e constitui ele mesmo ação: as histórias são contadas por meio de ou com um corpo – movimentos, expressões, posturas – e criam, ao menos em parte, a perspectiva da qual um corpo/*self* se engaja em um contexto de objetos, pessoas, condições. Em outras palavras, as narrativas que os indivíduos elaboram sobre si próprios não apenas refletem uma percepção do mundo, mas conduzem a um modo específico de ser no mundo. No caso das narrativas pessoais de nervoso, pode-se dizer que tanto indicam ou apontam para uma experiência vivida de fragilização e dor, quanto contribuem para constituir essa experiência.

Para uma antropologia interessada em compreender e teorizar sobre as relações entre subjetividade e cultura, tais questões assumem especial relevância.

NOTAS

1 Este capítulo é uma versão modificada de trabalho originalmente apresentado na V Reunião de Antropologia do Mercosul, em Tramandaí, RS, setembro de 1995.

2 Sob essa idéia mais geral de um '*self* descentrado' (sujeito às flutuações da vida social) há, entretanto, amplas variações na maneira de entender o termo.

3 Há, nesta perspectiva, um processo de determinação mútua entre *self* e sociedade: por um lado, o diálogo interior não é movimento de pura subjetividade, pois requer a incorporação do ponto de vista do outro; por outro, na medida que os significados são continuamente interpretados na conversação intrapessoal, não se trata de mera reprodução do que é dado ou apresentado na esfera interpessoal.

4 Afirmar o 'sentido básico' de uma narrativa não significa dizer que o narrador imprime ou explicita um sentido único ao seu 'texto'. Muitas vezes, podem-se encontrar dois ou mais sentidos pelos quais o narrador procura configurar a sua narração. Deve-se procurar a significação global do discurso no processo pelo qual o narrador enquadra a sua vida, conferindo-lhe um sentido totalizante.

5 Em seu *Esboço de uma Teoria das Emoções*, Sartre argumenta: "em primeiro lugar, a consciência emocional é consciência do mundo", e mais adiante: "a emoção é uma certa maneira de apreender o mundo" (1972:80-81).

6 A proposta de tratar a emoção como cognição ou julgamento tem sido diferencialmente avançada por autores como Solomon (1980), Levy (1984) e M. Rosaldo (1984).

7 Conforme observado no capítulo 1, muitas das causas atribuídas à doença mental (loucura e nervoso) no Nordeste apontam para a perda de um *locus* bem definido no interior da família, tida como uma rede de relações pessoais e hierárquicas. Neste esquema, o louco representaria o indivíduo não situado, isolado.

8 Ver Hita & Alves (1995) para uma discussão acerca de experiências de fragilização na trajetória de vida de mulheres de classe trabalhadora de Salvador.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DAVIS, D. The variable character of nerves in a newfoundland fishing village. *American Anthropologist*, 11:63-78, 1989.

DUARTE, L.F.D. *Da Vida Nervosa nas Classes Trabalhadoras Urbanas*. Rio de Janeiro: Zahar, 1986.

DUARTE, L.F.D. A outra saúde: mental, psicossocial, físico-moral? In: ALVES, P. & MINAYO, M.C. (Eds.) *Saúde e Doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

DUBET, F. (1995). Sociologie du sujet et sociologie de l'expérience. In: DUBET, F. & WIEVIORKA, M. (Eds.) *Penser le Sujet: autour d'Alain Touraine*. Colloque de Cerisy: Fayard, 1995.

GEERTZ, C. Pessoa, tempo e conduta em Bali. In: GEERTZ, C. *A Interpretação das Culturas.* Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

GERBER, E.R. Rage and obligation: Samoan emotion in conflict. In: WHITE, G. & KIRKPATRICK, J. (Eds.) *Person, Self and Experience: exploring Pacific ethnopsichologies.* Berkeley: University of California Press, 1985.

GIDDENS, A. *The Constituion of Society.* Cambridge: Polity Press, 1984.

GIDDENS, A. *Modernity and Self Identity.* Cambridge: Polity Press, 1991.

GOFFMAN, E. *The Presentation of Self in Everyday Life.* New York: Doubleday Anchor, 1959.

GUARNACCIA, P. et al. The multiple meanings of ataques de nervios in the Latin community. *Medical Anthropology,* 11:47-62, 1989.

HITA, M.G. & ALVES, P.C. *Fatores de risco ou processos de fragilização? – uma primeira discussão conceitual sobre a saúde mental em mulheres.* XIX Encontro Anual da ANPOCS, 1995.

HOCHSCHILD, A. Emotion work, feeling rules, and social structure. *American Journal of Sociology,* 85:551-575, 1979.

LEVY, R. Emotion, knowing and culture. In: SHWEDER & LEVINE, R.A. (Eds.) *Culture Theory: essays of self, mind and society.* Cambridge: Cambridge University Press, 1984.

LOCK, M. Cultivating the body: anthropology and epistemologies of bodily practice and knowledge. *Annual Review of Anthropology,* 22:133-55, 1993.

LOW, S.M. Embodied metaphors: nerves as lived experience. In: CSORDAS, T. (Ed.) *Embodiment and Experience.* Cambridge: Cambridge University Press, 1994

LUCKMANN,T. *Teoría de la Acción Social.* Buenos Aires: Paidós, 1996.

LUTZ,C. *Unnatural Emotions.* Chicago: University of Chicago Press, 1988.

MEAD, G.H. *Espíritu, Persona y Sociedad.* Buenos Aires: Paidós, 1988.

MERLEAU-PONTY, M. *Fenomenologia da Percepção.* São Paulo: Martins Fontes, 1994.

REBHUN, L.A. Nerves and emotional play in Northeast Brazil. *Medical Anthropology Quaterly,* 7(2):131-151, 1993.

REBHUN, L.A. Swallowing frogs: anger and illness in Northeast Brazil. *Medical Anthropology Quaterly,* 8(4):360-382, 1994.

RICOEUR, P. *O Si Mesmo Como um Outro.* Campinas: Papirus, 1991.

ROSALDO, M. Toward an anthropology of self and feeling. In: SHWEDER, A. & LEVINE, R.A. (Eds.) *Culture Theory: essays on mind, self and emotion.* Cambridge: Cambridge University Press, 1984.

ROSALDO, R. Grief and a headhunter´s rage: on the cultural force of emotions. In: BRUNER, E. & PLATTNER, S. (Eds.) *Text, Play and Story: the construction and reconstruction of self and society.* Washington D. C.: American Ethnological Society, 1984.

SARTRE, J.P. *Esboço de uma Teoria das Emoções.* Lisboa: Presença, 1972.

SCHUTZ, A. *La Construcción Significativa del Mundo Social.* Buenos Aires: Paidós, 1993.

SOLOMON, R. Emotions and choice. In: RORTY. A. (Ed.) *Explaining Emotions.* Berkeley: University of California Press, 1980.
SPIRO,M. Some reflections on cultural determinism and relativism with special reference to emotion and reason. In: SHWEDER, A. & LEVINE, R.A. (Ed.). *Culture Theory: essays on mind, self and emotion*. Cambridge: Cambridge University Press, 1984.
STRATHERN,M. Why is shame on the skin? *Ethnology*, 14:347-356, 1975.
WILEY, N. *The Semiotic Self.* Cambridge: Polity Press, 1994.

8

A Experiência de Indivíduos com Problema Mental: entendendo projetos e sua realização[1]

Míriam Cristina M. Rabelo

Introdução

Após uma longa carreira de crises e internamentos psiquiátricos que logo lhe valeram o título de maluco, Belisco leva uma vida relativamente calma em seu bairro, o Nordeste de Amaralina. Ganha dinheiro pedindo esmola nos ônibus, onde, para comover os passageiros, finge ataques epilépticos. Diz-se pai-de-santo, já tendo freqüentado o candomblé. Como alguns outros 'malucos' do local, possui um projeto de normalidade que busca concretizar no seu dia-a-dia. Como os outros, nem sempre é bem-sucedido em dotar de credibilidade seu projeto, apesar dos investimentos e esforços contínuos. Uma maior atenção para esse transcurso temporal de organização e reorganização do cotidiano – que marca o fluir da vida de Belisco – possibilita que se levantem questões importantes para a compreensão da doença mental enquanto experiência vivida.

No âmbito da teoria sociológica, a doença mental tem sido extensivamente tratada como processo que envolve mudanças significativas nas atitudes dos outros perante o doente e, em decorrência, mudanças na maneira pela qual este se vê a si mesmo e passa a se posicionar diante do mundo. Dentro de uma tradição interacionista, Goffman aborda a dinâmica de atribuição e incorporação do rótulo de doente mental enquanto uma trajetória de perda de status moral, segundo a qual a responsabilidade é gradativamente retirada da pessoa e, com ela, a própria capacidade e direito à autodeterminação. Como contrapartida a essa idéia, Goffman explora, em *Estigma*, os mecanismos pelos quais as pessoas manipulam, ocultam e redefinem identidades deterioradas (como a de doente mental) nas interações com outros. Estes mecanismos envolvem necessariamente recursos lingüísticos e corporais de apresentação, ou melhor, representação do eu.

Não muito distantes da preocupação de Goffman com a construção social da enfermidade, os trabalhos de filiação etnometodológica abordam a doença como ruptura de um fluxo cotidiano, ameaça súbita a um mundo tomado como suposto. Neste sentido, trata-se de um evento a exigir, das pessoas envolvidas, que dêem início a ações que permitam reconduzir a vida cotidiana dentro de pressupostos aceitos. Na sua dimensão social, a doença é 'problema' e seu estudo implica a compreensão dos projetos e práticas formulados para resolver os impasses decorrentes e, assim, normalizar a situação. Embora, entre essas práticas, a teoria conceda importância especial aos discursos formulados para explicar ou padronizar o ocorrido, a atenção concedida pelos etnometodólogos às formas e contextos concretos da fala revela preocupação com o corpo como veículo fundamental para a construção de mundos de significados intersubjetivos.

Estes estudos oferecem indicações importantes para se entender como a enfermidade se incorpora ao cotidiano das pessoas – ao mesmo tempo em que o transforma. O presente trabalho parte de algumas destas indicações – e desenvolve outras – rumo a uma abordagem da doença mental enquanto experiência vivida. Isto significa considerar tanto o caráter de faticidade do qual se reveste a doença – como dado que reconfigura de forma radical a situação em que se encontra a pessoa –, quanto a forma particular pela qual o indivíduo assume como sua essa faticidade. Dois pontos salientam-se na discussão: por um lado, a idéia de que a vivência de uma situação é marcada pela elaboração de projetos ou antecipações de estados futuros que visam a transcender essa mesma situação; por outro lado, a idéia de que uma dimensão corporal essencial perpassa toda situação, bem como todo projeto desenvolvido para superá-la.

Abordam-se aqui tais questões com base na descrição de aspectos do cotidiano de três moradores do Nordeste de Amaralina, que passaram por sucessivos tratamentos psiquiátricos e, segundo opinião local, apresentam "problema de cabeça" ou simplesmente são loucos. Mais especificamente, busca-se discutir os projetos que estes indivíduos formularam para si e o modo como têm procurado concretizá-los no seu dia-a-dia. A primeira parte objetiva desenvolver melhor o tema e precisar os principais conceitos utilizados; a segunda volta-se para a discussão dos casos.

Projetos, Práticas e Corporeidade

A concepção de que a formulação de projetos é característica marcante da relação das pessoas com seu meio constitui elemento-chave para qualquer teoria da ação. No entanto, embora mantenham essa idéia de projeto como pressuposto, poucas abordagens orientaram-se para uma real problematização do tema.

Segundo Alfred Schutz, projetar é antecipar uma conduta futura por meio da fantasia. Ao projetar, o ator se coloca imaginativamente no futuro, visualizando em antecipação o ato que almeja realizar. Entretanto, diferente da mera fantasia, projetar implica a intenção de realizar o projeto e, portanto, requer que sejam levadas em consideração certas limitações impostas pela realidade sobre a qual se quer agir. Neste sentido, enquanto fantasiar é um ato de pensar no modo optativo, projetar é pensar no modo potencial (Schutz, 1973).

A despeito de representar um movimento de lançar-se para o futuro, todo projeto é fundado sobre experiências presentes. O indivíduo decide sobre um projeto e avalia sua praticidade, diz Schutz, baseado em duas classes de experiências: a primeira diz respeito a opiniões, crenças e idéias gerais sobre o mundo que são aceitas e postas acima de qualquer dúvida. Este estoque de conhecimento à mão é formado por idealizações ou tipificações de toda sorte que orientam o ator na satisfação dos seus propósitos práticos. A segunda refere-se às experiências que, para o ator, constituem sua situação biográfica particular e delimitam sua posição social, conferindo-lhe a noção de que há elementos do mundo dado que lhe são impostos, enquanto há outros que se podem efetivamente controlar e modificar. É da situação biográfica que brotam os propósitos práticos que orientam o indivíduo na formulação e seleção de projetos.

Assim, o ator formula um projeto do ponto de vista de sua situação biográfica particular, lançando mão de conhecimentos acerca de atos já realizados que se assemelham (tipicamente) ao que pretende desenvolver. Entretanto, nem as circunstâncias em que estes atos foram realizados permanecem as mesmas, nem o próprio sujeito, que necessariamente adquiriu novos conhecimentos e experiências durante o transcurso temporal de realização do projeto. Todo projeto, portanto, guarda uma qualidade essencial de indeterminação: "projetar, como qualquer outra antecipação, traz consigo horizontes vazios que serão preenchidos apenas pela materialização do evento antecipado. Isso constitui a incerteza intrínseca de todas as formas de projetar" (Schutz, 1973:69).

A realização de um projeto envolve uma série de esforços e investimentos práticos por parte do ator, muitos dos quais requerem o monitoramento das relações com outros. Entender projetos e sua concretização implica dar conta de uma dimensão intersubjetiva importante, e não apenas da atividade solitária de um sujeito reflexivo – tema exaustivamente trabalhado por Goffman em seus estudos sobre a interação. Utilizando-se de metáforas relativas aos domínios do teatro e do jogo, Goffman (1975) comenta as estratégias desenvolvidas por atores capazes de manipular situações sociais e controlar a impressão que produzem nos outros, no curso da satisfação dos seus interesses. Bons ou maus atores/jogadores, os indivíduos estão continuamente a se defrontar com situações que exigem habilidades próprias de representação e jogo.

O modelo de Goffman mostra a clara vantagem de fornecer um referencial para se analisar situações sociais do ponto de vista dos esforços empreendidos pelos atores para transcendê-las, permitindo a identificação das habilidades e ma-

nobras que estes põem em ação na realização de seus fins. Porém, tende a apresentar uma visão simplificada do processo ou trajetória pelo qual os indivíduos formulam e buscam realizar seus projetos. Segundo Garfinkel (1967), o problema reside justamente em que o modelo de estratégia empregado por Goffman se presta bem ao esclarecimento de eventos ou situações episódicas, mas acaba por obscurecer o entendimento do curso continuado das ações, pelas quais os atores buscam o controle das suas circunstâncias práticas. Em parte, isso se deve ao fato de que os indivíduos nem sempre vivenciam suas situações como um jogo de cujas regras têm uma consciência nítida, e em que podem decidir, sem problemas, sobre variantes como início e fim, sucesso ou fracasso.

Importa, neste sentido, refletir acerca da estrutura temporal própria do projetar. Entender a elaboração e monitoração de um projeto supõe que se considere o tempo interior da fantasia, lembrança e expectativa (Garfinkel, 1967): projetar não é se defrontar com alternativas acabadas, mas desenvolvê-las na imaginação, o que implica o amadurecimento do ator no próprio curso desse processo (Schutz, 1973). Também durante o tempo transcorrido entre a formulação de um projeto no pensamento e sua materialização em um contexto concreto, o ator adquire novas experiências e conhecimentos que tornam mais claros para ele – e, possivelmente, até mesmo modificam – os termos do projeto do qual partiu. Deste modo, o ator não possui de antemão, como um jogador que ingressa em uma partida, um conhecimento acabado dos seus fins ou das regras para lidar com as situações em que deve realizá-los; enfrenta um horizonte de indeterminação que só vem a preencher gradativamente, no curso de sua intervenção concreta no mundo. Em sua síntese das idéias de Schutz, Natanson observa (1973:XXXVIII):

> *É claro que nem todos projetos são realizados e mesmo aqueles que são realizados raramente o são na forma pura em que foram projetados. (...) nós sabemos, mesmo que intuitivamente, que o 'eu' que fantasiou não será idêntico ao 'eu' que posteriormente irá refletir sobre o ato realizado. E mesmo a noção do puro fantasiar é ambígua porque o 'eu' que fantasia é, em realidade, um ego complexo e em transformação, cujo conhecimento acerca do mundo e dos outros é tão fragmentário quanto seu conhecimento acerca de si.*

Ao se falar do projeto como fantasia, é preciso evitar uma concepção mentalista, segundo a qual os projetos são elaborados por um sujeito desenraizado que, só após resolver mentalmente o dilema entre executar ou não a ação planejada, parte para uma intervenção concreta no mundo. Conforme diz Schutz, os projetos formulam-se à luz dos propósitos práticos que decorrem da situação biográfica particular do ator ou do curso das suas experiências mundanas. É em contextos de ação/atenção ante as coisas que os indivíduos decidem, esclarecem, modificam e monitoram o curso de seus projetos. O ator que projeta não é um ser desencarnado, e sim um sujeito-corpo inserido no mundo ou, como enfatiza a fenomenologia, um ser em situação.

Isto nos remete diretamente ao papel do corpo no delineamento da situação na qual se insere o sujeito e no processo mesmo de transcender essa situação, via projeto. Elaborando sobre o tema da corporeidade, Sartre (1997) fala do corpo como dimensão que representa o conjunto das nossas situações no mundo, ou antes, que constituti o ponto de vista pelo qual o sujeito se insere no mundo. Com base no corpo ou na perspectiva que ele fornece, orientamo-nos no espaço (ou melhor, o espaço adquire sentido para nós) e apreendemos e manipulamos os objetos. Como elemento organizador do nosso espaço e centro de instrumentalidade,[2] o corpo não possui o mesmo status que os demais objetos que percebemos e empregamos na lida cotidiana; ele se confunde com nosso próprio ser. Se é, assim, marca do ser no mundo, isso implica que a subjetividade é em si mesma tingida pelo corporal, mundano. Por outro lado, significa também que o corpo é perpassado por uma dimensão subjetiva, de sentido: é corpo vivido. Falar da unidade corpo/mente significa que as várias dimensões da vida de cada indivíduo guardam entre si uma relação fundamental (e precisam ser entendidas a partir dessa relação):

> *a vida da consciência – vida cognoscente, vida do desejo ou vida perceptiva – é sustentada por um 'arco intencional' que projeta em torno de nós nosso passado, nosso futuro, nosso meio humano, nossa situação física, nossa situação ideológica, nossa situação moral, ou antes que faz com que estejamos situados sob todos esses aspectos.* (Merleau-Ponty,1994:190)

O corpo é síntese das situações do indivíduo, é marca de sua história; nele, observa Marcel (apud Kogan, 1981), registram-se as experiências vividas pelo ator. Entretanto, o corpo não consiste simplesmente no *locus* em que se agregam e se mostram as várias facetas da vida: as experiências passadas do sujeito e seus esforços concretos para intervir na realidade encontram-se integrados, via uma síntese espontânea (pré-reflexiva), em um esquema corporal, que expressa a modalidade particular de ser no mundo desse sujeito. Isso significa, por um lado, que as formas de apresentação, colocação no espaço e posturas do corpo revelam os projetos anteriores para cuja realização foi voltado (Merleau-Ponty, 1994), assim como os conteúdos culturais que nele se inscreveram em processos de socialização (Mauss, 1974). Por outro lado, aponta para o fato de que, ao mesmo tempo em que é retrato de uma trajetória anterior de escolhas, projetos e experiências, o corpo é também movimento contínuo para a realização de projetos presentes, em função dos quais mobiliza e (re)integra suas capacidades. "Ter um corpo é para uma pessoa viva juntar-se a um meio definido, confundir-se com alguns projetos e engajar-se continuamente neles" (Merleau-Ponty, 1994:94). Se é em virtude de nossa corporeidade que estamos enraizados em uma situação, o corpo é

também condição para transcendê-la; nas palavras de Sartre, é ao mesmo tempo ponto de vista e ponto de partida.[3] É o *locus* mais imediato do hábito e a potência para converter em hábito os novos projetos do ator.

A relação entre hábito e projeto é de fato essencial na compreensão das práticas e de seu fundamento corporal. Cabe aqui, inicialmente, buscar uma definição de hábito. Segundo Merleau-Ponty, o hábito não pode ser equiparado a uma forma de conhecimento – pois não envolve uma operação intelectual –, nem a uma forma de automatismo – pois não é simplesmente uma resposta pré-determinada a uma situação singular. Trata-se, antes, de um saber que está no corpo, uma "praktognosia": na esfera do hábito, "é o corpo que compreende" (ibidem:200). Retomando a discussão de Merleau-Ponty, Bourdieu (1977;1996) propõe tratar-se a ação a partir da idéia de senso prático, em cuja base está o *habitus*: *esquemas práticos* de percepção e de apreciação que existem em um nível infra-lingüístico e que são fundamentalmente disposições corporificadas. Para Bourdieu, o *habitus* é um corpo socializado, um corpo estruturado que incorporou as estruturas do mundo e que estrutura tanto a percepção quanto a ação.

Habituar-se a algo, observa Merleau-Ponty, significa incorporar esse algo à nossa existência, trazê-lo no corpo ou torná-lo um prolongamento do nosso próprio ser. O hábito "exprime o poder que temos de dilatar nosso ser no mundo ou mudar de existência anexando a nós novos instrumentos" (1994:199). Nesse sentido, expressa uma orientação do corpo para nossos projetos, a qual, uma vez adquirido o hábito, se dá sem que tenhamos necessidade de colocar intelectualmente o problema a ser vencido ou a sua solução. A aquisição do hábito é um processo de remanejamento ou renovação do nosso esquema corporal, que se processa à luz do projeto. À medida que, nesse processo, incorporamos a nós – ao nosso corpo – um determinado tipo de situação, passamos a experimentar um acordo entre o que almejamos e o que nos é dado, entre nossa intenção e sua efetivação.[4] Projeto e situação fundem-se e retrocedem para o fundo opaco de nossas atividades, que é o nosso próprio corpo. Aqui reside o ponto de ruptura entre a abordagem de Bourdieu e a de Merleau-Ponty: à medida que o primeiro tende a objetivar o *habitus* – passando ao largo de qualquer discussão acerca das formas pelas quais o sujeito se adapta, incorpora e modifica a situação –, termina por rejeitar completamente o conceito de projeto.

Há, na teoria sociológica, uma tradição de estudos empíricos nos quais se têm discutido amplamente questões relativas ao uso do corpo na interação, salientando-se a importância da monitoração do corpo na realização dos projetos cotidianos dos atores. Goffman, por exemplo, mostra como o controle e a atenção ao corpo é condição fundamental para que um ator possa sustentar para si mesmo, e perante os outros, um projeto identitário coerente. Elemento-chave na representação cotidiana do 'eu', o corpo compõe a fachada sobre a qual deve trabalhar o indivíduo para emitir determinada definição da situação. Via de regra, aponta Garfinkel, esse trabalho se dá no âmbito de uma reflexividade prática que não se

desassocia dos contextos concretos de ação/interação. Obviamente, os atores podem não ser bem-sucedidos em manter sua aparência corporal em sintonia com as situações e identidades que visam a sustentar em contextos de interação, isto é, com seus projetos. Características próprias da situação face a face ajudam a entender este ponto. Em situações face a face, observam Berger e Luckmann (1985), dá-se ao outro uma apreensão imediata e total do ego que este jamais logra obter de si mesmo. Em virtude de sua corporeidade, o ego torna-se presença vívida para o *alter*, sua subjetividade se lhe apresenta disponível mediante um máximo de sintomas (corporais). Assim, se o ator utiliza o corpo na construção de uma certa definição da situação, os outros com quem interage usam os sinais que emanam do seu corpo como fonte de informações que possam confirmar ou 'desconfirmar' essa definição, particularmente as expressões corporais tidas como não intencionais ou de difícil controle (Goffman, 1975).

Estes trabalhos acenam, sem dúvida, com hipóteses bastante frutíferas para o estudo da ação como processo que se desenrola em um tempo e espaço marcados pela presença encarnada de outros. No entanto, uma vez que não abarcam uma discussão do corpo na sua dimensão fenomênica de corpo vivido, correm o risco de conduzir a uma abordagem da relação entre *self* e corpo como equivalente a uma relação entre conteúdo e receptáculo. É preciso ter-se em conta que o fato de considerar que o sujeito mobiliza o corpo na realização de seus projetos não implica tomá-lo como mero instrumento a serviço do eu. Em outras palavras, o processo de tradução de um projeto no corpo não se assenta em uma relação externa, instrumental, entre o sujeito que projeta e o corpo que executa. Este ponto é fortemente enfatizado nos trabalhos de Merleau-Ponty, para quem a relação entre projeto e corpo assemelha-se àquela que une significado e palavra: em ambas se revela uma imbricação mútua entre faticidade e sentido. Da mesma forma que a palavra não traduz um pensamento acabado, tampouco o corpo é instrumento de um projeto já concluído. Na verdade, a fala mesma já remete ao domínio do corpo; é atualização de suas capacidades. Projeto e significado realizam-se na sua expressão corporal, dependem intimamente dela. Ao ser expresso em movimentos e gestos, em fala proferida na presença de outros, o projeto é desenvolvido, assumindo contornos mais nítidos ou mesmo novas direções. Neste processo, vem também a dotar-se de faticidade para o sujeito. Parafraseando Berger & Luckmann (1985), pode-se dizer que o corpo torna mais real o projeto, não só para os outros como para o próprio indivíduo que o formula. Neste sentido, a tradução de um projeto no corpo traz à tona para o sujeito/autor a questão da responsabilidade.

Reconstruindo o Cotidiano: os doentes e seus projetos

As considerações anteriores levantam questões de bastante relevo para uma compreensão da experiência cotidiana de pessoas com problema mental. Nos três casos a serem discutidos a seguir, projetos de normalidade encontram no corpo tanto uma resistência, que apenas com dificuldade conseguem contornar, quanto um impulso para uma (re)construção ativa da situação segundo seus próprios termos.

Jacinta

Jacinta é uma mulher negra, de 29 anos, que nasceu e criou-se no Nordeste de Amaralina. Tendo perdido seu pai ainda cedo, foi criada pela mãe, uma mulher forte que congrega os filhos em torno de si e tem um longo envolvimento no candomblé. Jacinta é gorda e possui um jeito meigo de se dirigir às pessoas, o qual – para quem não conhece sua história – não parece combinar com a imagem da louca que sai à rua atacando e quebrando tudo que encontra. Como ela mesma relata, entretanto, crises como essa já a acometeram mais de uma vez e, em decorrência, quatro longos períodos de internamento em hospitais psiquiátricos.

Jacinta reside em uma área de invasão do bairro, tida por bastante perigosa. Vive em um barraco com seus dois filhos, um de seis e o outro de nove anos. Desempregada, vive de biscates, do melhor jeito possível. É de fato muito pobre. Já teve uma vida mais estável, marido para ajudá-la a criar os filhos. Ainda muito nova, foi morar com seu primeiro namorado, que conheceu aos 13 anos e por quem era apaixonada. "Quer dizer, eu sentir, ele foi meu primeiro namorado, eu gostava muito dele, pra mim só tinha ele de homem pra mim". Parecia ser correspondida:

> Tinha um vizinho lá que falava: "Gordo gosta de Jacinta como quê". Quando caía doente memo, ele lavava minha roupa, quando ficava naqueles dia memo, ele lavava direitinho, tomava conta dos meus filhos. Quando chegava do trabalho (era empregada doméstica), tava tudo arrumado, direitinho.

Com o tempo, conta Jacinta, a situação começou a mudar: "ele me maltratava, me batia, quebrou meus braços. Batia nos meninos de cabo de vassoura. Quer dizer, quando eu ia tomar a frente, ele dava em mim". Ainda pior, passou a notar um interesse de Gordo por sua irmã, chegando mesmo a surpreendê-los juntos no quarto. A reviravolta final em sua sorte sucedeu-se pouco depois, quando decidiu submeter-se a uma cirurgia de ligadura, oferecida gratuitamente em época de eleição. Levou os filhos consigo para o hospital, e culminou por não respeitar o resguardo necessário após a operação. Quando retornou, o marido já não estava em casa, havia ido viver com a cunhada, irmã de Jacinta. "juntou uma

coisa e outra", diz ela, tentando explicar a origem da doença. Na descrição da crise que se seguiu a tais eventos, pode-se notar que, longe de constituir uma aflição da mente, a loucura confronta Jacinta como experiência corporal bastante concreta:

> Estava com esparadrapo (da cirurgia)... não podia subir no ônibus pra não partir os pontos. Aí ele (um motorista de taxi) pegou, levou até em casa. Lá em casa era quatro paus. Um plástico jogado em cima. Era um sol quente, batia um calor. Aí eu peguei, eu fiquei... numa base de quatro a cinco dias. Aí não vi mais nada. Aí as meninas diz que eu fui quebrando as coisas, fui querendo jogar meus meninos dentro da fonte do rio. Fui tirando os fios de energia, fui me cortando toda. Botava uma roupa, eu tirava e rasgava... rasgava toda. Diz que eu saí nua, assim embaixo da chuva, e os menino assim, embaixo da chuva. (...) Depois a outra crise, eu tava morando em Santa Cruz. Essa mema invasão, que eu morava na parte de cima. Aí as menina me chamaram: "vai pra igreja, que é bom". Arrumei eles dois e fui. De noitinha, umas seis e meia pra sete hora, quando chegou no meio do caminho, as menina disseram que eu já comecei a rasgar minhas roupas, comecei me acabando toda, me cortando. Diz que eu peguei uma peixeira na mão, não queria tirar. E os menino tudo me jogando pedra. Fazendo arrelia de mim, os home, o povo sempre fazendo arrelia de mim. Sempre eu tava sem minha roupa. Despida. Aí, e tinha uns: "não faça isso, não, a menina nova não era assim. Jacinta não era assim, coitada". Uns com pena e outros moleques... é escarrerando. Não sabia se corria atrás dos menino. Aí fiquei com a cabeça grande. Esquentando o juízo. Parecendo forno, parecendo que tinham ligado um forno, parecendo esquentando memo. Aí eu pedia pra jogar água em minha cabeça: "joguem água, joguem água, não tô agüentano mais, uma quentura danada!" O céu ficano baixo, um mucado de carro, um monte de polícia, uma coisa toda estranha.

Jacinta sentiu que 'tinha santo' e precisava de tratamento no candomblé; a essa visão do seu problema interpunha a idéia de que sofria com algum feitiço encomendado pela irmã. Foi com essa perspectiva que chegou à casa da mãe, após uma das situações de crise. Seu corpo expressava o ponto de vista desde o qual experimentava o enlouquecimento, construindo o sentido que passava a conferir a seu estado, e que deveria reorientar as atitudes dos outros diante de si. Relata uma de suas irmãs: "quando ela veio aqui, já foi com um bocado de foto de santo, de imagem de santo. Começou, dava negócio de santo aqui na sala, dizendo que era Oxum, um bocado de coisa..." A definição de Jacinta não foi aceita pela família; sua mãe insiste em que não se trata de santo – "se ela tivesse problema de santo não ficava boa com os remédios", explica –, mas de um foco na cabeça que, somado ao desgosto pela traição do marido, acaba criando uma "psicose". Foi neste contexto que Jacinta saiu de casa e encontrou abrigo no terreiro de Givaldo, pai-de-santo bastante conhecido do bairro, onde, a contragosto da mãe, submeteu-se a uma limpeza.

Para Givaldo, Jacinta tem um exu que lhe atormenta e que precisa "tratar". Jacinta passou alguns dias na casa do pai-de-santo, recolhida. No dia de sua limpeza, participou da festa ao lado das outras filhas-de-santo de Givaldo: dançou, séria, no círculo e, em dado momento, também ela tombou, possuída. Seu transe foi descontrolado, seu corpo jogado de um lado para o outro, enquanto o olhar parecia vazio, distante. Givaldo interferiu, segurou-lhe no ombro e na cabeça com firmeza, tentando acalmar e pôr fim à manifestação do exu. Logo após, conduziram Jacinta aos fundos da casa, onde lhe administraram um banho de folhas. Do transe, é claro, não se recorda de nada.

> No outro dia a gente se sente um pouco mole, ou aquele alívio. O que se tava de ruim, aí quando faz a limpeza, aí vai e tira. A gente sente o corpo mole. Aí dormi um poucadinho. E no outro dia, eu disse: "ô meu pai, tô com o corpo mole". Aí ele disse que eu [ia] ficar com o corpo mole memo. O que tava errado com a limpeza saiu. Eu ia me sentir melhor, eu tô me sentindo ótima. Tudo para mim, graças a Deus, está se resolvendo. Não tá mais aquela perturbação.

Retornando de sua primeira experiência de hospitalização, Jacinta passou a expressar seu enlouquecimento segundo o modelo do candomblé: foi como alguém acometida de santo que ela, então, apresentou-se em casa. Entretanto, ao invés de concluir apressadamente que, neste caso, Jacinta manipula sua fachada corporal para lançar determinada definição da situação, sugerimos que uma outra interpretação seja possível, e talvez mais acertada: a proposição de que Jacinta acrescenta ao corpo – como base orgânica em que se desenvolve a doença – uma representação, oriunda do universo do candomblé, deve ser substituída pela idéia de que seu transe descreve a presença (e não o acréscimo ou sobreposição) deste universo cultural *no* corpo – o transe expressa uma síntese corporal espontânea, por meio da qual Jacinta vem a se colocar de forma mais aceitável e menos violenta diante da doença. Pode-se dizer que essa vivência espontânea (pré-reflexiva) torna-se a base para um trabalho reflexivo posterior, no qual Jacinta se engaja; configura a situação desde a qual elabora seu projeto de ser tratada no candomblé. Seu significado, entretanto, como o de qualquer vivência, não se lhe adere de forma auto-evidente e inquestionável; é matéria a ser definida e negociada em contextos de interação. Assim é que Jacinta vê seu projeto desacreditado na família, embora, como ela, todos tenham uma larga experiência no candomblé.

No terreiro de Givaldo, em contraposição, obtém suporte para o projeto que seus familiares não legitimam. Não só encontra uma audiência disposta a confirmar os sinais que seu corpo lhe parecia apontar, como também um conjunto de indicações para continuar interpretando esses sinais. Neste sentido, o corpo se lhe apresenta tanto como domínio para a negociação de significados com os outros, quanto um espaço em que estes significados lhe confrontam e, por vezes, surpreendem. Jacinta agora cuida de viver junto com seus filhos que, em razão da

doença, teve que deixar por muito tempo no juizado de menores. Assim resume seu projeto: ter uma casa (já se mudou muito de um lugar para outro, pois cada vez que a acometia uma crise e era internada, roubavam-lhe todos os pertences), conseguir um emprego e criar seus filhos junto de si. A separação dos filhos e a falta de um lugar certo para morar são fortes sinais da doença, que Jacinta quer definitivamente apagar. Deste modo, opõe-se com obstinação aos conselhos da mãe, que julga mais conveniente, tanto para Jacinta quanto para as crianças, a permanência destas no juizado: seria melhor – argumenta ela – que viverem na invasão, sujeitos a todo tipo de influência e nas mãos de uma mãe doente. Dificilmente se encontra Jacinta sem seus meninos ao lado, cumprimentando a todos que conhece com seu jeito terno, e exibindo todo o seu empenho em ser boa mãe.

Adélia

Adélia tem aproximadamente 33 anos de idade, e desde os 15 apresenta sinais de doença, que principiou com convulsões que a deixavam inconsciente no meio da rua ou a transformavam, à noite, em uma imagem de desespero, urrando e se retorcendo na cama. Com o tempo, o problema evoluiu para um comportamento social bastante inadequado: Adélia não só passou a fazer incursões constantes pelo bairro, sem nenhum motivo aparente, como também, em suas romarias, passou a agredir as pessoas, xingando e jogando pedras. Tornou-se uma das loucas mais famosas e temidas do local. Por onde passava, arrebatava um séquito de crianças, que a provocavam e jogavam pedras, obtendo, por sua vez, retaliação violenta; mobilizava mulheres, que se apressavam em recolher seus filhos e cerrar suas portas; e vez por outra, atraía a atenção de algum homem, que, para mostrar sua valentia, terminava por agredi-la além da conta.

> Porque uma coisa que eu sentia assim, agonia por dentro de mim, fazia eu ficar [nem] deitada nem sentada, ficava toda hora andando prá um lado e prá outro aqui dentro de casa. Aí eu ficava abrindo a porta e saino pra rua, aí eu fiquei aviciada na rua. (...) Eu ficava só tomano susto e depois só passano a mão aqui no meu coração, sentino uma agonia por dentro de mim. Tava assim desse jeito e, e eu, num ficava deitada, ficava deitada, aí ficava sentino isso, e também quando eu ficava sentada, eu ficava sentino essa agonia. (...) Aí eu ficava lá tão nervosa na rua, passano a mão aqui ni mim, andano prum lado e pro outro, toda me bateno na rua. Aí ficava tantos adulto dizeno com tantas criança: "ó a maluca ali, ela vai te pegar, corre, corre". Eu ficava dizeno assim: "maluca é quem te pariu que tem a cara de xibiu". (...) É isso, é isso, que eu ficava me aborreceno demais, eu ia parar toda hora, toda hora, me chamano de maluca, de ladrona, de sapatona, viada, tá sem calçola, mijona, cagona! Esticava meu cabelo, me dano beliscão, me dava uns tapão... me dava cacetada, que já deu cacetada nessa cabeça que deu quatro ponto.

A aparência de Adélia parecia indicar aos outros que havia algo de errado. Forte, de ombros largos e passos pesados, Adélia tem uma voz grossa que adiciona certa gravidade às suas palavras, proferidas em ritmo lento, arrastado, e um jeito de estar sempre em movimento, balançando o corpo de um lado para o outro, que lhe valeu o apelido de Mexe-Mexe. Suas maneiras são tidas como masculinas e algumas pessoas julgam que seu problema está relacionado à 'falta de homem'. Temerosa de que algum homem se aproveite da filha, a mãe procura, dentro do possível, mantê-la distante de qualquer envolvimento amoroso. A índole rueira que exibe também é sinal de certa masculinidade, de tal sorte que a mãe, diante da idéia de que Adélia sofre de um encosto, facilmente reconhece a identidade de um tio falecido, ele mesmo bastante apreciador da vida na rua. Além destes traços de homem, Adélia é tida como pessoa 'rude', tendo sido incapaz de progredir nos estudos além do terceiro ano primário.

Guiada pela mãe, passou por sucessivas agências religiosas em busca de cura: várias casas de candomblé, uma congregação da Igreja Universal e um centro espírita.[5] Também foi sempre submetida a tratamento ambulatorial com psiquiatras, tendo sido medicada desde o início da doença. Suas saídas constantes, entretanto, implicavam irregularidades na administração dos remédios – e vez ou outra, a volta das convulsões. Por outro lado, Adélia não apreciava muito o efeito da medicação, que lhe roubava a vontade própria, deixando-a dopada e excessivamente sonolenta.

Com o fracasso das terapias religiosas e o próprio transcurso do tempo, produziu-se um certo desinvestimento das pessoas próximas no caso de Adélia. Cansada de tanto correr o mundo em busca de ajuda, sua mãe conformou-se em interferir apenas no que concernia ao suprimento e administração regular da medicação, de modo que, minimamente, Adélia permanecesse em casa sem gerar confusão com os vizinhos e colocar-se em perigo. Neste contexto, ela recebeu um convite para a congregação local da Assembléia de Deus, passando a ser conduzida regularmente aos cultos por uma irmã da igreja. Posteriormente batizou-se, tornando-se membro efetivo. Hoje participa dos eventos do grupo, decora os hinos e memoriza trechos da bíblia que se sente orgulhosa em recitar. Continua gostando de sair, passando quase todo o dia fora de casa. Suas saídas, entretanto, são agora legitimadas: divide seu tempo entre as atividades diárias da igreja e a casa das irmãs.[6]

No seio da igreja, Adélia sente que pode, por fim, desenvolver um projeto de normalidade.[7] Para tal, assume o *modus vivendi* e o instrumental da religião. Possui uma bíblia, que lê regularmente, e um caderno no qual copia os hinos; escuta, quando pode, os programas evangélicos no rádio; e veste-se de modo bastante sóbrio. Se, por um ângulo, o modelo genérico da religião inscreve-se paulatinamente em seu corpo como sinal visível de uma transformação, por outro, adquire um significado próprio à luz de sua situação biográfica particular. É bastante significativo para Adélia o fato de ser capaz de memorizar trechos inteiros da bíblia; ela, que sempre fora considerada "rude"... Mais importante ainda, a moça de maneiras masculinas pode, enfim, afirmar-se como mulher dentro do modelo de feminilidade da Assembléia. Demonstra cuidado na apresen-

tação do corpo – roupa limpa, blusa de manga e saia abaixo do joelho –, bem como moderação nas expressões corporais: procura não se exceder e perder o controle perante as provocações das crianças, esforçando-se para manter uma postura contida, como convém às mulheres da Assembléia. É também sempre convidada, por irmãs da igreja, a fazer pequenos serviços, como arear panelas, varrer a casa ou lavar roupa, em troca de algum dinheiro ou agrado. Adélia esmera-se no desempenho dessas tarefas; sente-se útil, mesmo que recebendo uma quantia irrisória por seu esforço. Deste modo, se encontra-se sempre fora de casa, é em atendimento aos seus compromissos, de modo que já não anda à toa na rua. Na verdade, as pessoas espelham e confirmam para Adélia a nova identidade que assume e exibe nos seus afazeres diários:

> Na rua não tô mais como era, tantos tá dizendo que eu... e disse assim: "agora como ela tá bonitinha", fica dizendo assim comigo, e já disse um, um já disse assim ao outro: "ela se aceitou Jesus, olha como ela anda agora direitinha, só indo pra igreja... só indo pra igreja arrumadinha, bem bonitinha" [risos]. Tantos fica agora alegre comigo, e todos agora só fica me dando "babái" e dizendo "oi, tudo bem, tudo bem"...

É especialmente gratificante para ela perceber a mudança na reação do sexo oposto. Quando vai à padaria, relata, os homens lançam olhares interessados em sua direção, até lhe enviam bilhetinhos. Em alguns lê: "ore por mim irmã"; em outros, mais ousados, "eu te amo". "Eu nem ligo", ela nos diz, tentando demonstrar indiferença, enquanto seus olhos brilham de orgulho. Adélia fala com freqüência sobre as investidas que lhe fazem os homens, o que parece refletir não apenas seu interesse aguçado pelo tema, mas o fato de que está aprendendo e ensaiando novas facetas de ser mulher. Assim, recorre por vezes ao contraste entre a imagem de mulher à qual adere e que representa o ideal da igreja – que recusa avanços e sente repulsa pela insistência com que os homens procuram sexo – e a imagem que vê ao redor, na qual parece incluir suas irmãs, de mulher 'fácil', sempre disponível e pronta para responder às investidas masculinas.

Contudo, a transformação de Adélia, antes de mostrar-se acabada ou constituir uma identidade resolvida, consiste em um trabalho em curso. Por um lado, é trabalho para suas irmãs de igreja, que a vêem em processo de educação e buscam efetivamente contribuir para tal processo, dando-lhe conselhos e exemplo, nem sempre com muito sucesso – pois, se é consenso que Adélia está "boa, boa", comparada ao que era antes, está claro que não é tão boa ou normal como os outros. Por outro lado, é também trabalho para Adélia, que continuamente se defronta com a impossibilidade de adequar-se perfeitamente ao projeto de ser 'crente'. Apesar de decorar trechos da bíblia e hinos religiosos, não logra compreendê-los e comentá-los, 'dar testemunho', conforme se espera dos crentes. Não participa mais da evangelização na rua, uma vez que a angustia sua incapacidade de penetrar nas palavras, de trazê-las para junto de si e expô-las aos outros.

> Num acertava fazer nada direito, até hoje eu tô assim, sem entender nada direito, ler qualquer versículo da bíblia, eu chego e num respondo nada como é as coisa. Só tô pedindo a Deus pra abrir a mente, me dar entendimento e me dar mais sabedoria. Que eu ainda desse jeito, tantas coisas sem entender...

Tampouco consegue controlar inteiramente a agonia que a acomete quando a provocam ou quando lhe lançam algum olhar suspeito. Algumas vezes, termina por enfrentar a provocação com sua voz grossa, altera-se. Sente como se o corpo lhe escapasse e assumisse a frente na condução dos seus atos. De certa forma, este é o sentido vivido da agonia, tal como Adélia a descreve, referindo-se ao período mais crítico da doença.

Embora essa agonia já não a aflija como antes e já consiga, na maioria das vezes, evitar a perda do controle, sua inquietação a distingue dos demais membros da congregação. Nos cultos, seu corpo balança, pendendo de um lado para outro, ao sabor da música, ao passo que os demais conservam uma postura estática ao entoar os hinos. Adélia gosta e participa dos cantos, mas não consegue ater-se às pregações. É visível seu desconforto: mexe-se no lugar, boceja, dobra e desdobra os braços, dirige-se em voz baixa a um e a outro a seu lado; tem dificuldades para concentrar-se. Também não parece entender completamente as restrições que a igreja impõe no que diz respeito ao vestir-se e enfeitar-se: é com certo descontentamento que nos diz não lhe ser permitido pintar as unhas ou usar um dos seus vestidos que acha particularmente bonito, porque é um pouco decotado. De certo modo, se a igreja lhe oferece meios para se afirmar como mulher, impõe também limitações ao que Adélia gostaria que fosse essa afirmação.

Adélia cultiva e tenta tornar real um projeto de normalidade: ser crente, andar na rua sem que a apontem como maluca, casar. Diz querer viver com um homem direito – não desses que se encontram 'por aí' –, mas não quer ter filhos (teme cair grávida no chão, em meio a alguma crise). Se este projeto não se forjou totalmente na Assembléia, sem dúvida adquiriu novas tonalidades e adquiriu concretude ao longo de sua experiência na igreja. A comunidade religiosa tanto lhe oferece um repertório de signos, que ela incorpora e exibe em seu corpo, quanto a outros sujeitos significativos em quem pode efetivamente mirar-se e que lhe servem de audiência para a confirmação de sua mudança.

A análise da experiência de Adélia aponta para o fato de que a incorporação de um projeto pelo indivíduo esbarra muitas vezes em contradições, sob as quais se dá o próprio processo pelo qual o sujeito vem a visualizar, partindo do projeto original que assumiu, possibilidades novas que deve avaliar e pesar, e que, anteriormente, quando mal havia estabelecido suas opções, fundiam-se em um horizonte vago de indeterminações. O fato de ser crente, para Adélia, sem dúvida não possui significado idêntico ao que apresentava quando ela foi inicialmente conduzida à igreja. A Adélia que agora avalia e percebe as dificuldades de conformar-se a esse projeto, ou as limitações que este impõe a outros desejos e fantasias suas, não é a mesma que, ao ser batizada nas águas, assumiu como seu o modelo pentecostal.

Se a história de Adélia na igreja ilustra como a conversão representa uma reconstrução ativa do corpo, um "remanejamento do esquema corporal" – e não apenas simples aprendizado intelectual de novas idéias e formas de perceber o mundo –, mostra também como este é um processo carregado de tensões, advindas, em parte, da presença de projetos concorrentes que o sujeito cultiva e confronta, e por vezes se confronta. No caso de Adélia, vê-se um determinado projeto de feminilidade nem sempre inteiramente concordante com o ideal pentecostal que ela abraçou. Por outro lado, as tensões residem no processo mesmo de aquisição do novo 'hábito', que o projeto põe em curso. No processo de conversão de Adélia, fica claro como o corpo mobilizou e reorientou suas capacidades em torno do projeto de ser crente, de tal modo que ela se descobriu, em vários aspectos, perfeitamente sintonizada com o ideal pentecostal, sem que para isso tivesse necessidade de executar todas as tarefas (e soluções) conducentes a esse ideal. Entretanto, também se descobriu incapaz de assumir inteiramente o modelo crente: o corpo – resultado de determinado percurso biográfico, síntese de um determinado modo de assumir ou adaptar-se à doença –, é também experimentado como resistência à construção de um novo projeto. É no jogo entre a experiência do corpo como situação que resiste e como possibilidade mesma de transcender a situação, que Adélia constrói seu modo único de ser crente.

O corpo constitui, para Adélia, sinal visível de sua transformação interior e veículo por meio do qual esta se torna real e acessível para os outros. Entretanto, à medida que é vivido como resistência, faticidade que se impõe e não lhe permite adequar-se perfeitamente ao modelo coletivo da igreja, indica-lhe também a incompletude ou parcialidade desta transformação, seu caráter processual.

Belisco

Belisco[8] tem 25 anos; é negro, magro, fala rápido, com má dicção, e possui braços longos, que movimenta bastante ao falar. Como Adélia, sua carreira de doente mental iniciou-se na adolescência. Aos 14 anos, teve uma crise e quebrou tudo dentro de casa, arrancou a fiação, derrubou geladeira e chegou mesmo a rasgar dinheiro. Segundo sua mãe, desde criança apresentava um comportamento diferente, era mais agressivo que o comum dos meninos, sempre dado a brigas. O início do problema remonta, na opnião materna, a uma queda sofrida por Belisco aos três anos de idade, gerando convulsões. Não se tomou nenhuma providência quando dos primeiros comportamentos desviantes de Belisco, porém, após sua crise aos 14 anos, conduziu-se o rapaz a um hospital psiquiátrico. A esta experiência de internamento seguem-se outras, bem como um cotidiano marcado pelo efeito da medicação. As crises se sucediam, e com elas, cristalizava-se uma carreira de interno.

Embora recorressem ao internamento sempre que Belisco escapava a seu controle, os familiares vivenciavam essa opção com certa dor; causava-lhes sofrimento ver o rapaz completamente dopado no hospital, de modo que terminaram por buscar uma solução alternativa, e sua avó materna o conduziu à casa de candomblé que costumava freqüentar. Neste local, Belisco foi recolhido e tratado; segundo seu pai-de-santo, seu sofrimento deve-se a um exu que 'adquiriu' com seu costume de desfazer os 'ebós' que porventura encontrasse no caminho. Com o tempo Belisco, conheceu a vida no candomblé e sentiu-se fortemente ligado à religião. É nos termos do candomblé que explica, ou antes, passa a vivenciar a doença. No entanto, não se tornou freqüentador da casa onde fora tratado; com base em seu conhecimento e advogando a identidade de pai-de-santo, faz suas próprias festas, em que oferece comida às entidades. O projeto de Belisco, baseado no qual reconstrói sua relação com a doença e busca ingressar em uma relativa normalidade, consiste no candomblé: "o candomblé é minha vida", diz, resumindo sua posição perante o mundo.

Ao mesmo tempo em que Belisco adentra mais e mais no candomblé, sua mãe torna-se crente e sua avó deixa-se influenciar crescentemente pela pregação pentecostal. Nenhuma das duas julga mais o candomblé como solução, pondo em questão os supostos resultados que este teria efetuado sobre o rapaz. Diante de um contexto familiar desfavorável ao seu novo projeto identitário e no qual experimenta, além do mais, desavenças constantes com os irmãos, Belisco passa a maior parte do tempo fora de casa. Permanece onde encontra abrigo, até que algum desentendimento – que não raro acontece – entre ele e seus anfitriões o coloque de novo em marcha.

Embora não exerça nenhum trabalho sistemático e esteja aguardando a chance de obter uma aposentadoria por invalidez, Belisco sempre se engaja em pequenas tarefas. É possível encontrá-lo a transmitir recados para algum comerciante local ou mesmo a cuidar de uma criança pequena na rua. Sua ocupação principal, entretanto, é pedir esmolas nos ônibus. Para tal, já tem uma encenação preparada, que parece funcionar bem e lhe garantir algum dinheiro regularmente: enrijece os membros, entorta o corpo, fala 'embolado' e baba enquanto pede esmolas. Às vezes chega mesmo a fingir um ataque. Em geral, recolhe uma soma semanal não desprezível, comparativamente aos padrões locais. Gasta quase tudo comprando material para suas festas, comida e cerveja para as entidades e o público. Aqui reside, sem dúvida, um forte motivo para o desgosto de sua mãe com a 'mania de candomblé' do rapaz: do dinheiro que o filho consegue, praticamente nada chega às suas mãos. Ainda pior, quando Belisco não tem dinheiro, compra fiado e termina com credores em seu encalço, alguns bastante violentos.

As crises de Belisco sempre se circunscreveram ao âmbito doméstico. Ele nunca criou muita confusão na rua, embora, por suas crises e internamentos, tivesse logo adquirido fama de maluco. Assim, não raro os vizinhos o acusam de algum pequeno furto e, mais recentemente, foi apontado como responsável por uma tenta-

tiva de estupro da qual se diz inocente. De vez em quando, envolve-se em confusões com seus credores. No geral, seu tempo parece girar em torno do candomblé.

Belisco não lidera um culto organizado, não tem filhos-de-santo ou um espaço regular de culto. Apenas dá festas sempre que pode e onde pode, para satisfazer suas entidades. Em suas festas, só ele incorpora e só ele dança. Vez ou outra também é chamado – ou talvez ele mesmo se candidate – a fazer algum 'trabalho' para os vizinhos. Ultimamente, realiza seu ritual na casa de uma moradora do bairro, Dona Cabocla, que lhe cobra dez reais para ceder o espaço. É ela igualmente quem cozinha para a festa, sempre que Belisco tem condições de arcar com a despesa.

A casa de Cabocla é pequena e os móveis da sala – sofá, estante, mesa – reduzem ainda mais o espaço da festa. Belisco chega cedo e prepara o local, traz o atabaque e o incenso, que logo queima no ambiente. Toma banho e veste-se de branco. As pessoas chegam aos poucos, vizinhos, conhecidos; alguns curiosos espiam de fora, pela janela. Quando há comida, diz Cabocla, a casa enche-se de gente. Um rapaz novo toca o atabaque, para o quê é pago por Belisco. Este conduz os cantos, dançando em círculo, passos curtos; algumas mulheres, sentadas, entoam o coro. Logo é possuído por alguma de suas entidades: Belisco se contorce, move-se cambaleante pela sala até que, já sem camisa e sem sapato, seu caboclo assume o controle da cena. Neste momento começa realmente a festa: Belisco aumenta o ritmo, canta e dança com velocidade, toma cerveja, saúda o atabaque e abraça os presentes. Segue assim, com algumas pausas para descanso, até as dez horas, a hora de terminar prescrita por Cabocla.

> *Cabocla*: Se ele pudesse dava (candomblé) todo dia. Fica um bom menino. Calmo, calmo mesmo. Agora, se não deixar dar, eu acho que ele mata um. Se possível ele bate todo dia, todo dia, prêgêdê, prêgêdê... Eu chamo ele sacudindo...(sorrisos). Você vai vê, é daqui pra ali, prêgêdê, prêgêdê... ele tá sartisfeito (...) Pronto, aí não tem aborrecimento prá ele. Ele dança, se tiver comida, ele dá... como dá comida, dá o que beber. (...) Ele dança, dança tanto; dança não, pinota, até não agüentar mais.

Mesmo que nem todos acreditem que Belisco 'tem santo', é consenso que ele não pode viver sem o candomblé. Freqüentadora das festas de Belisco, Fátima explica bem a relação do amigo com os caboclos:

> Qualquer dia, qualquer hora. Ó, tem vez que tá só brincando, imitando o santo e a dança do candomblé, de repente o santo pega ele... Ele precisa controlar isso, porque isso não faz bem. Quando o santo pega ele, ele toma queda que só vendo. Outro dia, ele tava sentado bem aí nesse banco, tava assim mesmo encostado na parede. De repente, o santo pegou ele e arrombou a cabeça dele na parede. Eu vi a hora de matar. Eu perguntei a ele: "Belisco, sua cabeça tá doendo?" Ele disse que não, balançou até a cabeça pra eu ver. Aí eu disse: "é, meu amigo, só você mesmo pra agüen-

> tar". (...) Belisco exagera muito nesse negócio de dar santo, aí ele deixa de cuidar e não se liga. A mãe dele diz que é por causa da gente, mas não é não. A gente toda hora manda ele ir na casa da mãe, mas ele não vai. Belisco não quer nada, o negócio dele é só candomblé. (...) Umas [pessoas] acreditam, outras não. Mas ele mesmo dá o que falar, porque fica fazendo candomblé toda hora, aí o povo vê que ele não controla os santos.

Belisco de fato orienta sua vida para o candomblé, organizando seu tempo e sua relação com os outros eminentemente em razão da religião. Valendo-se do universo do candomblé, explica sua permanente doença enquanto um agente externo que possui seu corpo (um exu), do qual não se pode definitivamente livrar, mas apenas exercer um controle sempre precário e parcial, mediante a oferta regular de alimento e festa. Deste modo, o candomblé configura-se como condição para que possa evitar as crises:

> *Belisco:* Se eu parar o candomblé, que eu não vou batê candomblé, eu fico doente... boto sangue pela boca. O corpo todo me tremendo, o coração fica batendo, desapromando todo, aí fica aquele negócio me agoniando, um fogo na minha cabeça, esquentando minha cabeça demais, parecendo que é um fogo esquentando minha cabeça. Tem hora que eu mesmo digo que eu quero me jogar numa roda debaixo de um carro. Mas num é eu, num é eu. Aí tem hora que eu digo que eu vou me jogar... não tem a areia da praia? Disse que eu vou me jogar dentro de uma praia, ali dentro pra matar logo, afogado logo. (...) É o Tranca-de-Ferro. (...) Você vê ele. Os pessoal até, aqui fica até com medo dele. Ele tem o formato de um bicho, menino, quando ele chega ele vai pegando o que ficar na frente, vai me cortando todo aqui, ó. (...) Aqui ainda, ó, faz isso no meu braço.

Belisco aponta para cicatrizes no corpo, resultado do temperamento agressivo de seu 'Tranca-de-Ferro'. Após meia-noite, explica, é ele quem vem à festa, tomando o lugar do caboclo e exibindo sua fúria para a platéia. O descontrole de exu na festa apenas sugere o que acontece fora do contexto ritual, de modo que a vinda de Tranca-de-Ferro – que, segundo Belisco, se dá em represália ao seu descuido em satisfazer-lhe a fome –, é marcada por muita violência, sempre contra o próprio Belisco. Por intermédio da festa – ou de uma combinação própria de fala, gestos e dança –, em que o exu se revela em seu aspecto atemorizador, Belisco define de forma concreta para os outros a realidade de sua doença tal qual ele a compreende. É nestes termos que comenta suas primeiras crises:

> Tá o couro comendo, aí eu disse "ôi, ôi, ôi", me acabei com minha cara, minha cara de pedra, foi garrafa pelo chão, foi televisão quebrada por dentro da casa, e o diabo só em meu corpo.

De certo modo, essa narrativa de doença somada à festa – que encarna e mantém a narrativa em curso – permitem a Belisco trafegar, de maneira pouco problemática e relativamente aceita pelos outros, entre um comporta-

mento ordeiro e previsível no cotidiano e uma conduta ocasional de descontrole e excesso. Permitem-no manter uma experiência de alteridade no interior de quadros socialmente aceitos, sem que isso comprometa seriamente seu status de pessoa.

Seria tentador afirmar que Belisco instrumentaliza seu corpo na festa da mesma forma que o faz pedindo esmolas no ônibus, definindo, mediante uma estratégia, uma situação que lhe é vantajosa, e assim criando condições para realização de seus projetos. Contudo, embora a idéia de uma hábil manipulação do corpo para realização de propósitos práticos pareça adequada para se entender a atividade de Belisco como pedinte nos ônibus de Salvador, mostra-se insuficiente para dar conta da construção de seu projeto de vida no candomblé. Em primeiro lugar porque em uma análise, conforme observado no caso de Jacinta, é preciso considerar o fundamento pré-reflexivo da experiência: isso nos conduz a pensar o transe de Belisco como expressão da maneira singular pela qual o corpo/sujeito se orienta e transcende a situação de aflição. Como também já notado no caso de Jacinta, essa vivência pré-reflexiva sujeita-se a contínuas interpretações e reinterpretações ao longo do diálogo em curso entre Belisco, os freqüentadores do seu ritual, seus familiares e vizinhos. Em segundo lugar, porque é preciso perceber analiticamente a diferença entre certos episódios pontuais da vida, regidos por uma racionalidade instrumental semelhante à que predomina em situações de jogo, e uma trajetória ou biografia, que é sempre mais que o somatório de episódios pontuais. Volta-se aqui ao argumento de Garfinkel. Em certo sentido – e isso é importante –, é necessário considerar que Belisco não é senhor de sua trajetória: não dispõe de seus fins sempre com clareza, nem prevê de antemão as possibilidades de ação com as quais irá deparar-se no curso do desenvolvimento de seus projetos. Se é por meio da festa que os outros descobrem Belisco como pai-de-santo (ou, ao menos, alguém que tem santo), é também neste contexto que ele gradativamente se descobre e se constitui como tal. A noção de um plano ou esquema previamente traçado – que meramente se executa em uma dada situação – não registra satisfatoriamente esse processo de aprendizado pelo qual passam Belisco e Adélia. Ao ser construído no e por meio do corpo, o projeto se desenvolve e desdobra em novas facetas. Apresenta-se a Belisco como algo dado, ao mesmo tempo em que abre novos campos para sua investida sobre o contexto.

Conclusão

Objetivando abordar a experiência da doença mental com base na idéia de projeto, buscou-se aqui entender o modo específico pelo qual os indivíduos se defrontam, experimentam e entendem a doença; em outras palavras, como transformam este dado, assumindo a partir dele certa modalidade existencial. A noção

de projeto, tal qual desenvolvida por Schutz, permite justamente dar conta desse trabalho cotidiano de exploração de diferentes possibilidades diante de uma situação e, por conseguinte, de transcendê-la. A discussão procurou mostrar que projetos não consistem simplesmente em elaborações abstratas de um sujeito desprendido e momentaneamente independente de seu meio; mas, antes, em práticas situadas, forjados em contextos de ação/atenção perante as coisas. Para entendê-los, argumentou-se, é preciso recuperar a dimensão corporal que perpassa toda experiência do ser-no-mundo.

A aflição de Jacinta, Adélia e Belisco é, antes de mais nada, uma experiência do e com o corpo. As imagens dominantes de quentura, cabeça queimando, agonia interna a puxar para o espaço da rua, apontam para a unidade fundamental entre mente e corpo, descrevendo simultaneamente uma sensação de que esta unidade foi rompida, de que o corpo sobressaiu e assumiu sozinho o controle sobre o agir.

Essa experiência encarnada da aflição constitui o ponto de partida para a elaboração e realização dos projetos de normalidade dos nossos protagonistas. Nenhum dos três casos, porém, desenha uma seqüência linear, que principiaria na formulação mental do projeto e terminaria em sua execução corporal. Ao contrário, o corpo se antecipa a essa atividade reflexiva em três aspectos significativos: em primeiro lugar, o fato de que antes de ser representada, a doença já é vivida, o corpo ou a consciência/corpo já anexou este dado à sua existência, ajustando-se ou adaptando-se à situação de determinada forma. Foi com base nesta concepção que se propôs analisar o 'transe' de Jacinta e o ritual de Belisco. Em segundo lugar, no curso de realização do projeto, o corpo mobiliza e reorganiza suas capacidades (socializadas) segundo os fins que incorpora em estado prático, de tal forma que o ator por vezes descobre que realizou tarefas intermediárias sem que tivesse precisado colocá-las reflexivamente como problemas a resolver. Em nossas conversas, Adélia sempre frisou um senso de surpresa e prazer com as mudanças radicais que se produziram em sua vida após a conversão. A contrapartida deste fato ilustra-se também por sua história: como situação, síntese de um modo já sedimentado de situar-se diante da doença, o corpo é igualmente experimentado como resistência à livre realização de novos projetos. Em terceiro lugar, o engajamento do corpo em determinado projeto é mais do que a execução de um plano pré-traçado: torna o projeto real não só para os outros, como também para seu autor, contribuindo ativamente para que este venha a conhecê-lo. Desnecessário dizer, trata-se de um conhecimento sempre processual: no curso de sua realização no corpo, o projeto adquire precisão, assume contornos antes não vislumbrados e abre novos caminhos para uma exploração ativa da situação. Talvez este ponto transpareça com maior nitidez na história de Belisco.

Ao longo do texto, buscou-se exemplificar essas várias dimensões do processo de elaboração e realização de projetos no âmbito da trajetória de três indivíduos, nos quais se haviam diagnosticado problemas mentais, tanto em hospitais ou

clínicas psiquiátricas, quanto em seu bairro de residência. Em todos três, encontra-se presente um projeto de normalidade, ou melhor, de normalização da vida. Em todos três, a religião desempenha um papel fundamental, tanto como fonte para a construção de seu projeto, quanto como meio para sua realização. Cabem aqui algumas observações a respeito. É da religião que provêm os sentidos encarnados que orientam o modo como a doença é vivida, antes mesmo de ser representada, e é também da religião que derivam as imagens que guiam a interpretação dessa experiência. Por um lado, a razão desta constatação parece encontrar-se no fato de que toda religião consiste, mais do que em um conjunto de princípios abstratos, em um conjunto de esquemas corporificados, e nisso reside sua eficácia para reorientar a vida. Por outro lado, a busca da religião por Adélia, Jacinta e Belisco não expressa uma afinidade entre loucura e experiência do sagrado (tema já bastante argüido na antropologia). Parafraseando Csordas, pode-se dizer que os projetos de normalidade aqui discutidos são tematizados como religiosos porque expressam "uma estratégia do *self* em busca de um idioma poderoso para orientação no mundo" (1994b:287).

Por fim, seria interessante concluir com um comentário teórico mais geral. Conduzir a análise para o tema da corporeidade sem dúvida nos coloca, cientistas sociais, mais próximos à experiência dos sujeitos que investigamos. No caso da antropologia da saúde, tal afirmação soa óbvia. Entretanto, conforme alguns antropólogos têm argumentado mais recentemente, há que se superar os limites de uma abordagem fundada na metáfora do texto (Csordas, 1993, 1994a; Lock, 1993). Os textos culturais são sempre tentativas de se criar uma imagem de ordem, mediante a qual se possa explicar de forma coerente o fluxo da experiência dos atores. No seu estudo, facilmente se reifica tal imagem. Voltarmo-nos para a construção situada ou encarnada (*embodied*) desses textos permite-nos recuperar a experiência em sua fluidez e incompletude, em suas contradições e ambigüidades.

Notas

1 Uma versão preliminar deste trabalho foi apresentada na XX Reunião Brasileira de Antropologia, Salvador, 14-18 de 1996.

2 A idéia do corpo como instrumento é fortemente criticada por autores como Marcel, Sartre e Merleau-Ponty, para quem corpo e subjetividade estão essencialmente imbricados. Sartre observa que o corpo não é um instrumento que usamos, senão o instrumento que somos.

3 Comentando essa idéia de Sartre, Kogan oferece o seguinte exemplo: "tocar uma perna significa tocá-la com o objetivo de pôr uma roupa, curar uma ferida etc., ou seja, sobrepujá-la em direção a uma nova condição do sujeito" (Kogan, 1981:53).

4 "Quando a datilógrafa executa os movimentos necessários no teclado, esses movimentos são dirigidos por uma intenção, mas essa intenção não põe as teclas do teclado como localização objetiva. É verdade, literalmente, que o sujeito que aprende a datilografar integra o espaço do teclado a seu espaço corporal" (Merleau-Ponty, 1994:200-1).

5 Uma análise do itinerário de Adélia por diversas agências religiosas encontra-se em Rabelo (1993).

6 Para uma primeira discussão da experiência de Adélia na Assembléia de Deus, ver Souza e Rabelo (1996).

7 O acompanhamento da experiência de Adélia na Assembléia de Deus, mediante observação e entrevistas, tem sido realizado por Litza Cunha, Suely Motta e Paula Schaepp, bolsistas de Iniciação Científica do CNPq, engajadas no projeto.

8 O caso de Belisco foi acompanhado por Osvaldo Bastos Neto, bolsista de Iniciação Científica do CNPq, engajado no projeto.

Referências Bibliográficas

BERGER, P & LUCKMANN, T. *The Social Construction of Reality*. Harmondsworth: Penguin Books, 1985.

BOURDIEU, P. *Outline of a Theory of Practice*. Cambridge: Cambridge University Press, 1977.

BOURDIEU, P. *Razões e Práticas: sobre a teoria da ação*. São Paulo: Papirus, 1996.

CSORDAS, T. Somatic Modes of Attention. *Cultural Anthropology*, 8(2):135-156, 1993.

CSORDAS, T. The body as representation and being-in-the-world. In: CSORDAS, T. (Ed.) *Embodiment and Experience: the existential ground of culture and self*. Cambridge: Cambridge University Press, 1994a.

CSORDAS, T. Words from the holy people: a case study in cultural phenomenology. In: CSORDAS, T. (Ed.) *Embodiment and Experience: the existential ground of culture and self*. Cambridge: Cambridge University Press, 1994b.

GARFINKEL, H. Passing and the managed achievement of sex status in an intersexed person, part 1. In: GARFINKEL, H. *Studies in Ethnomethodology*. Englewood Cliffs (New Jersey): Prentice Hall, 1967.

GOFFMAN, E. *Estigma: la identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu, 1963.

GOFFMAN, E. *Representação do Eu na Vida Cotidiana*. Petrópolis: Vozes, 1975.

KOGAN, A. *Cuerpo y Persona: filosofía y psicología del cuerpo vivido*. Mexico, D.F.: Fondo de Cultura Económica, 1981.

LOCK, M. Cultivating the body: anthropology and epistemologies of bodily practice and knowledge. *Annual Review of Anthropology*, 22:133-55, 1993.

MAUSS, M. As técnicas corporais. In: MAUSS, M. *Sociologia e Antropologia*, v.II. São Paulo: E.P.U./Edusp, 1974.

MERLEAU-PONTY, M. *Fenomenologia da Percepção*. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

NATANSON, M. Introduction. In SCHUTZ, A. *Collected Papers I. The problem of social reality*. The Hague: Martinus Nijhoff, 1973.

RABELO, M. Religião e cura: algumas reflexões sobre a experiência religiosa das classes trabalhadoras urbanas. *Cadernos de Saúde Pública*, 9(3):316-325, 1993.

SARTRE, J.P. *O Ser e o Nada: ensaio de ontologia fenomenológica*. Petrópolis: Vozes, 1997.

SCHUTZ, A. *Collected Papers I. The problem of social reality*. The Hague: Martinus Nijhoff, 1973.

SOUZA, I. & RABELO, M. Imagens do eu em uma trajetória de enfermidade. In: REIS, E.; ALMEIDA, M.H.T & FRY, P. (Orgs.) *Política e Cultura: visões do passado e perspectivas contemporâneas*. São Paulo: Hucitec/Anpocs, 1996.

9

Religião, Imagens e Experiências de Aflição: alguns elementos para reflexão

Míriam Cristina M. Rabelo, Litza A. Cunha & Paula B. Schaeppi

Introdução

A importância da religião na interpretação e tratamento da doença tem sido amplamente reconhecida na antropologia. Vários estudos sobre o tema observam que os sistemas religiosos de cura oferecem uma interpretação da doença que a insere no contexto sociocultural mais amplo do sofredor (Comaroff, 1980, 1985): trata-se de uma interpretação que organiza os estados confusos e desordenados que caracterizam a experiência da aflição em um todo ordenado e coerente e, deste modo, faz mais do que simplesmente ligar tais estados a uma causa exterior (Lévi-Strauss, 1967). Diferentemente da abordagem biomédica, que tende a despersonalizar o doente (Taussig, 1980), o tratamento religioso consiste em ação sobre o indivíduo social, biológico e psicológico, visando a reinseri-lo, como sujeito, em um novo contexto de relacionamentos.

Prevalece nas análises a conclusão de que, no contexto religioso, a passagem da doença à saúde pode vir a corresponder a uma reorientação mais completa do comportamento do doente, e diversos trabalhos objetivam identificar os meios pelos quais as terapias religiosas efetuam tal reorientação comportamental. Neste sentido, atenção especial tem sido dedicada à análise do ritual, como espaço por excelência em que se conduzem os doentes a uma reorganização da sua experiência no mundo. De fato, quase todas as abordagens do ritual sublinham seu papel transformador: manipulando símbolos em um contexto extra-cotidiano, carregado de emoção, a performance ritual induz seus participantes a perceberem de forma nova o universo circundante e sua posição particular nesse universo (Geertz, 1978; Turner, 1967,1969,1974, 1975; Tambiah, 1979; Kapferer, 1979a, 1979b, 1991).

Trata-se, sem dúvida, de contribuições valiosas para a compreensão do potencial terapêutico da religião. Entretanto, a questão mesma da transformação da experiência permanece pouco explorada, uma vez que as análises não vão

muito além da identificação dos meios (usualmente rituais) que favorecem a ocorrência de tal processo. O problema deve-se ao fato de que, do ponto de vista metodológico, poucos são os estudos que buscam elucidar a perspectiva do paciente, contentando-se com a descrição de processos gerais. Ora, se a questão a ser teorizada diz respeito à transformação da experiência, por definição ela exige uma abordagem compreensiva voltada para os sujeitos cuja experiência supostamente se transforma.

O presente capítulo busca explorar alguns caminhos analíticos para uma abordagem da experiência de indivíduos que buscam tratamento em agências religiosas. Trata-se de complementar as análises usuais que, priorizando a organização dos meios ou técnicas utilizados nas encenações rituais de cura, terminam por descolar a dinâmica da performance – concebida como um processo autocontido e regulado – das interpretações, expectativas e projetos dos atores. Argumenta-se, aqui, que um dos caminhos nessa direção consiste no estudo dos modos de imaginação desenvolvidos no curso da participação religiosa. Abordar a experiência de tratamento mediante um exame cuidadoso das imagens propostas e elaboradas ao longo deste processo conduz a atenção para o ponto de vista subjetivo dos seus produtores, o modo próprio como encarnam o modelo da religião com base na situação vivida da doença ou – o que vem a ser o mesmo – a maneira como vivenciam a doença baseados em uma síntese (imagem) em grande medida motivada e alimentada pelo envolvimento religioso.

A primeira parte do trabalho busca precisar melhor a abordagem teórica adotada. Seguindo proposta desenvolvida por Csordas (1994) para um estudo socioantropológico da imaginação, elabora-se uma breve revisão das possibilidades analíticas acenadas pelas teorias de Sartre e Peirce, discutindo-se simultaneamente a dimensão corporal integrante de todo processo imaginativo. A segunda parte visa a descrever as experiências de duas mulheres de classe trabalhadora – ambas identificadas como pessoas que sofrem de problemas relativos à saúde mental – que buscaram cura no interior de agências espíritas e pentecostais. A descrição dos casos antecede-se – e contextualiza-se – por uma apresentação dos universos religioso/ritual do espiritismo e pentecostalismo. Por fim, a quarta parte analisa os casos relatados à luz da discussão teórica inicial.

Abordagens ao Estudo das Imagens

Descrições densas das mais variadas composições de imagens nunca faltaram às etnografias de grupos ou movimentos religiosos, nem tampouco o reconhecimento da centralidade dessas composições na configuração da experiência religiosa dos membros. Assim como toda forma de conversão, todo tratamento religioso oferece a seus clientes e fiéis em potencial um conjunto de imagens a serem trabalhadas. Trata-se de um trabalho em grande parte coletivo – conduzido

nos contextos públicos de ritual –, que almeja (re)orientar o ator na situação-problema em que se encontra e sobre a qual deve agir. Dizer que esse processo de reorientação se dá por meio da elaboração de imagens, ou do que Fernandez (1978) chamou de um argumento de imagens, significa atentar para o fato de que a religião não opera primeiro ou especialmente no plano do discurso intelectual, abstrato (seja este compreendido como representação consciente ou código inconsciente), mas mediante imagens que apelam aos sentidos e convidam à ação. Segundo Schieffelin (1985), as performances rituais que compõem uma terapia religiosa não postulam uma nova realidade para seus participantes/clientes pela apresentação de um argumento, descrição, ou comentário: elas sugerem, por meio de imagens carregadas de sentimento, uma forma de se situar e de agir no mundo. Sua eficácia reside na construção social de uma situação em que o paciente participa ativamente. As imagens são elementos essenciais neste processo.

Dois pontos importantes depreendem-se deste argumento. Primeiramente, o contraste entre imagem e discurso intelectual, como formas distintas de apreender e situar-se perante uma dada realidade. Segundo, a diferença entre a imagem como objeto e a imagem como ato ou processo, mais propriamente como imaginação. Tratar da imagem-ato conduz a atenção para o modo como o universo religioso é gradativamente incorporado à vida.

Neste ponto, a abordagem sartriana mostra-se particularmente relevante. Sartre define imagem como ato, o que lhe permite reorientar a discussão de uma busca das características distintivas da imagem-objeto para uma investigação do modo particular de consciência que caracteriza o imaginar. Convém nos determos um pouco mais no argumento do autor. Para melhor definir a imagem-ato, Sartre a diferencia de dois outros modos de consciência: a percepção e o saber ou pensamento conceitual. Na percepção, o objeto se dá à consciência mediante uma sucessão de perfis, constitui-se enquanto síntese de suas aparições. Entretanto, nunca está inteiramente contido nos perfis por meio dos quais se mostra (pode sempre surpreender o sujeito na revelação de um novo perfil), o que significa dizer que "o objeto da percepção excede constantemente a consciência" (Sartre, 1996:23). No pensamento conceitual, por sua vez, o objeto não se constitui aos poucos, mas decompõe-se em termos de uma série de relações ideais, abstratas. Ao passo que a percepção situa os objetos como existentes na sua concretude, visando-os na sua presença corpórea, o pensamento conceitual situa seus objetos como naturezas ideais ou essências universais. Nesse campo, os objetos percebidos são tomados como signos, apontam para qualidades gerais.

A imagem, diz Sartre (1996:37), distingue-se de ambos: é "um ato que visa em sua corporeidade um objeto ausente ou inexistente, através de um conteúdo físico ou psíquico que não se dá em si mesmo, mas a título de um 'representante analógico' do objeto visado" . Se no saber a consciência visa essências, na imagem visa objetos corpóreos, sensíveis. Assim é que a imagem de um ente amado

já falecido suscita de imediato a dor da perda, antes de um conhecimento das qualidades ideais do ser imaginado. Diferentemente, por sua vez, do que ocorre na percepção, na imagem o objeto não se dá gradativamente, mas de uma só vez, por inteiro; não transcende a consciência, senão que é contemporâneo ao ato intencional que o constitui. A imagem guarda, sem dúvida, proximidade com a percepção: vai em busca do seu objeto no campo da percepção e visa os elementos sensíveis que constituem esse campo. No entanto,

> *é espontânea e criadora; sustenta, mantém através de uma criação contínua as qualidades sensíveis do seu objeto. Na percepção o elemento propriamente representativo corresponde a uma passividade da consciência. Na imagem, esse elemento, no que tem de primeiro e incomunicável, é o produto de uma atividade consciente, é atravessado de ponta a ponta por uma corrente de atividade criadora.* (Sartre, 1996:30)

Embora constitua um modo particular de consciência, a imagem articula-se aos outros modos e é alimentada por eles. Trata-se, para Sartre (1996:29), de "uma forma sintética que aparece como um certo momento de uma síntese temporal e se organiza com outras formas de consciência que a precedem e seguem para formar uma unidade melódica". Esta síntese opera-se de tal modo que a mirada de um quadro ou um retrato, ou mesmo de um espetáculo de personificação, converte-se em um senso da presença da coisa representada. Se podemos ver alguém por trás de um quadro ou fotografia, é porque damos vida aos elementos (tela, papel, textura, cores, luz etc.) que o compõem; é porque, via um ato intencional de síntese (que é a imagem), colocamos ali este alguém. Consideremos especificamente o caso de um espetáculo de imitação: antes do advento da consciência-imagem, percebemos os elementos que compõem a cena e os tomamos como signos a serem lidos, de modo que o chapéu que o mímico exibe, por exemplo, parece referir-se ou apontar para o indivíduo representado. Como signos, os traços pessoais do mímico desaparecem para representar qualidades gerais: ao decifrar os signos, nos deparamos com um campo conceitual; entrando no âmbito do pensamento abstrato, a consciência orienta-se para a situação geral e interpreta a cena como imitação. Este é um passo importante para a constituição da consciência-imagem, cuja síntese finalmente se completa pela ação do elemento afetivo. No argumento de Sartre, a qualidade afetiva que ligamos ao objeto/personagem imitado logo se transpõe para o ator: neste momento, temos diante de nós não mais um mímico que representa um personagem conhecido, mas a presença mesma desse personagem invadindo a cena. É esse sentido afetivo

> *que realiza a união sintética dos diferentes signos, é ele que anima sua secura cristalizada, que lhe dá vida e uma certa espessura. É ele que, dando aos elementos isolados da imitação um sentido indefinível e a unidade de um objeto, pode passar pela verdadeira matéria intuitiva*

da consciência de imitação. Finalmente, o que contemplamos no corpo da imitadora é esse objeto como imagem: os signos reunidos por um sentido afetivo, isso é, a natureza expressiva. (Sartre, 1996:48-9)

Nos trabalhos de Peirce, encontra-se uma discussão que, acrescida à análise de Sartre sobre a formação da imagem como modo ou ato da consciência, permite-nos avançar na compreensão do processo de elaboração e interpretação das imagens na experiência social. Mais especificamente, Peirce acena com um modelo bastante frutífero para se compreender como imagens-objetos apreendidas em contextos religiosos – ou extra-religiosos – são apropriadas e retrabalhadas para interpretar e modificar a experiência cotidiana da aflição. Embora formuladas no contexto de matrizes teóricas distintas – a fenomenologia e o pragmatismo –, as abordagens de Sartre e Peirce guardam importantes pontos em comum.[1] A contribuição central de Peirce às ciências humanas situa-se no campo da semiótica. Entretanto, sua insistência na vinculação necessária entre discurso e ação e, em um sentido mais amplo, sua preocupação com a relação entre experiência e significação, revelam elementos de uma concepção fenomenológica na base do modelo semiótico. Para Peirce, a significação jamais esgota a vivência, constituindo um esforço sempre parcial e em curso; tampouco se situa exclusivamente na dimensão do texto, o que fica claro na idéia de semiose como processo dialógico, bem como na concepção de um interpretante também vinculado à ação, sentimento e hábito.

A semiótica de Peirce apóia-se em uma tríade: signo, objeto e interpretante. Buscando sintetizar as várias definições propostas por Peirce para dar conta da relação entre essas três categorias, Santaella observa que "o signo é algo (qualquer coisa) que é determinado por alguma outra coisa que ele representa [seu objeto], essa representação produzindo um efeito, que pode ser de qualquer tipo (sentimento, ação ou representação) numa mente atual ou potencial, sendo esse efeito chamado interpretante" (1993:39). Essa concepção triádica introduz dinamicidade na significação (tomada como processo em curso), o que contrasta fortemente com o caráter estático da semiótica saussiriana fundada em um modelo diádico. A categoria do interpretante aponta para o papel do sujeito/intérprete na dinâmica da significação, bem como ressalta a vinculação estreita entre significado e interesses, práticas e projetos. Na ótica de Peirce, a tríade descreve um processo de significação (semiose) em que o signo volta-se para o objeto de modo a suscitar o seu interpretante, que em um momento posterior passa, ele mesmo, a funcionar como signo, e assim sucessivamente. Com apoio em uma classificação mais geral dos fenômenos, pode-se entender que as categorias da tríade representem os modos do passado (objeto), presente (signo) e futuro (interpretante); a semiose seria, assim, um diálogo sempre em curso, no qual o signo estabelece uma mediação entre o objeto e o interpretante.

Peirce elabora com mais detalhe cada uma dessas categorias, porém, para efeito do argumento aqui desenvolvido, bastam as grandes divisões que estabelece nos domínios do objeto e do interpretante. No que tange ao primeiro, diferencia objeto imediato de objeto dinâmico. Como o signo nunca pode representar um objeto em sua totalidade, mas sempre segundo certas características ou qualidades, Peirce chama de imediato o objeto tal como representado no signo, e de dinâmico, o objeto que encontra-se fora do signo e que este pode apenas indicar ou sugerir. Em relação ao interpretante, desenvolve duas classificações distintas (Rodrigues, 1991; 1996): na primeira, distingue o *interpretante imediato*, que corresponde ao significado convencional ou lingüístico do signo; o *interpretante dinâmico*, que consiste no efeito que o signo suscita em seu intérprete em termos de um sentimento ou ação; e o *interpretante final*, constituindo o significado do signo para os projetos ou intenções do locutor. Na segunda classificação, distingue entre *interpretante afetivo*, ou o sentimento que o signo produz (seu primeiro significado); *interpretante energético*, que é o esforço (primordialmente mental, mas também físico) produzido como efeito do interpretante afetivo; e o *interpretante lógico*, consistindo em uma regra ou um hábito geral de ação suscitado pelo signo. Nas duas classificações evidencia-se que, para Peirce, o interpretante não se identifica exclusivamente com um campo puro de conceitos e idéias; a ele ligam-se as dimensões do diálogo e da ação – e, por conseguinte, de sentimentos, interesses e projetos.

Assumir o interpretante como hábito – conforme faz Peirce – e, portanto, em um sentido mais geral, postular uma imbricação entre significado e ação no domínio das imagens, conduz-nos a considerar o papel do corpo – como assento do hábito e veículo da ação – nos processos de imaginação. Há, de fato, uma dimensão corporal em todo processo de imaginação para a qual é preciso atentar. Sartre não está alheio a essa dimensão, uma vez que, na perspectiva fenomenológica da qual parte, a consciência é considerada indissociável do corpo ou, o que equivale, é vista como consciência situada: o corpo é seu modo mesmo de estar no mundo, e indicador de suas possibilidades. No domínio da experiência, nem o corpo é objeto nem a consciência uma subjetividade desencarnada, idéia que Sartre expressa de forma bastante interessante ao afirmar que "não há (...) fenômenos psíquicos a serem unidos a um corpo, nada há detrás do corpo. Mas o corpo é todo inteiro psíquico" (Sartre, 1997:388). Isto, sem dúvida, vale para a imagem enquanto ato.

Prosseguindo o argumento de Sartre, pode-se dizer que a imagem-ato é criadora não porque representa uma apreensão intelectual do mundo, e sim porque constitui um modo próprio de situar-se ou sintonizar-se com o mundo, que possui um fundamento corporal. Sartre, entretanto, não parece particularmente preocupado em explorar as implicações dessa idéia. Em *O Imaginário*, a imagem-ato é fundamentalmente imagem mental e os exemplos analisados consistem quase todos em imagens visuais, o que parece trair a operação da dicotomia mente-

corpo tão cara à tradição ocidental moderna, pois afinal, a visão é o sentido que mais se aproxima do campo mental (Csordas, 1994). A imaginação abre possibilidades de projetar e agir, porque envolve uma nova compreensão dos outros, de si mesmo, da situação. Trata-se, entretanto, de uma compreensão que constitui primordialmente um reconhecimento fundado na nossa presença corporal entre as coisas e as pessoas, isto é, que advém de um engajamento corporal no mundo.[2] É uma compreensão lograda com os sentidos; de fato, com o campo unificado dos vários sentidos que é o corpo. À análise cabe não apenas identificar as modalidades sensuais em que se dá a imagem-ato, mas averiguar como diferentes sentidos se integram na dinâmica da imaginação. Se queremos compreender experiências de transformação operadas nos rituais, precisamos reintegrar os sentidos na análise dos processos de imaginação, considerando-os solidários, conforme apontou Merleau-Ponty (1994). Nas palavras de Csordas, "uma abordagem fenomenológica que insiste na inclusão da corporeidade em uma definição de consciência e em um *sensorium* unificado como campo da atividade imaginativa é, portanto, necessária, para abarcar a imaginação como domínio empírico" (1994:80).

Experiências de Imaginação no Interior de Agências Religiosas

Nesta seção apresentam-se as experiências de doença e tratamento religioso vividas por duas mulheres moradoras do Nordeste de Amaralina. As duas freqüentavam o mesmo centro espírita – Espíritos de Luz – na época em que se iniciou a pesquisa. Lana buscava alívio para seu nervoso e Mara, tratamento para um estado que muitos consideravam como loucura. Alguns meses após, Mara abandonou o centro espírita para ingressar na Igreja Universal. Lana também deixou o centro Espíritos de Luz, mas permaneceu ligada ao espiritismo, tratando-se no centro onde iniciara sua trajetória espírita. Na descrição de suas experiências, merece especial atenção os processos imaginativos que desenvolveram a partir do envolvimento nessas agências religiosas, o qual acompanhamos por um período de aproximadamente um ano e meio. Para melhor contextualizar tal descrição, segue-se uma rápida apresentação dos universos religiosos do espiritismo e pentecostalismo. Uma compreensão destas religiões possibilita que se perceba como as imagens centrais, norteadoras de seus rituais e da abordagem de seus terapeutas, são apropriadas, trabalhadas, desenvolvidas – enfim, imaginadas – por nossas protagonistas. Lana e Mara, no passado, freqüentaram outras agências religiosas, as quais se menciona mais adiante. Entretanto, posto que não acompanhamos essa participação e que dela possuímos apenas relatos muito resumidos, limitamo-nos aqui a discorrer sobre o mundos dos espíritas e pentecostais.

O Contexto Religioso: ritual e imagens no espiritismo e pentecostalismo

A abordagem espírita da doença e cura apóia-se nas noções de evolução e energia. No mundo, convivem espíritos com diferentes graus de desenvolvimento, destinados a um aperfeiçoamento contínuo. As relações entre esses espíritos, sejam encarnados ou desencarnados, envolvem a circulação de energias, que podem tanto ser positivas quanto negativas. Nesse quadro, a doença constitui, antes de tudo, sinal de fraqueza moral ainda a corrigir (o que configura uma situação de vulnerabilidade) e, em alguns casos, resultado da interferência de espíritos menos desenvolvidos que encontram pouso fácil no corpo dos que se encontram mais vulneráveis. São espíritos obsessores que provocam a doença, porque de fato ignoram a maneira correta de agir (Greenfield, 1992; Droogers, 1989; Warren, 1984).

A cura envolve tanto medidas aplicadas ao doente quanto, nos casos de obsessão, uma ação direcionada ao espírito causador da aflição. O doente precisa fortalecer-se espiritualmente. Deve ser instruído – por meio de palestras, entrevistas pessoais e cursos – a progredir moralmente, o que inclui, além das virtudes cristãs da caridade e amor ao próximo, o autocontrole, a disciplina e o estudo (aperfeiçoamento na doutrina), compondo um *ethos* caracterizado pela postura calma e serena diante da vida. Cada doente passa por entrevistas periódicas, em que é estimulado a falar sobre seus problemas e os motivos que o levaram a procurar o centro. Segundo os 'entrevistadores' (terapeutas/médiuns entrevistadores), deve-se deixar as pessoas falarem, "se esvaziarem". A partir daí, elas recebem orientação a respeito de como agir de acordo com a doutrina espírita e de quais atividades no centro devem participar.

O progresso moral se faz acompanhar pelo fortalecimento de energias obtido pelo passe, ritual em que, mediante o movimento de mãos do passista/terapeuta, opera-se uma transferência de energias positivas para o cliente. A organização do passe expressa bem o ideal espírita. A começar, tem-se geralmente um ambiente de penumbra, com uma luz azulada, onde se ouve uma música suave de fundo, acompanhada pela fala pausada e lenta de um dos médiuns, instruindo os presentes a manter silêncio e relaxar, fechar os olhos e descruzar braços e pernas. Este ambiente não é exclusivo ao passe: a luz azul e a música suave podem encontrar-se em vários outras situações, como no início da doutrinária e da mediúnica. Na sala do passe, para onde encaminham-se os presentes em grupos menores, cadeiras são dispostas de modo circular. Situados fora do círculo, os passistas percorrem-no de pontos e direções distintas, impondo e movimentando lentamente as mãos sobre as cabeças e, por vezes, também em torno dos corpos dos presentes, que devem manter olhos fechados e o corpo relaxado.

Quanto à ação sobre os espíritos obsessores – desenrolada no contexto da sessão mediúnica ou de desobsessão –, não há muita diferença com relação ao tratamento dispensado aos encarnados que sofrem com sua interferência. Tais entidades causadoras de aflição são, também elas, tratadas com gentileza, como se fossem crianças a quem é preciso ensinar a se comportarem de maneira apropriada e motivar a substituírem a ação destrutiva, causadora da doença, por uma ação construtiva e benéfica. Ao curar o doente, os terapeutas espíritas visam igualmente a contribuir para o progresso moral das entidades responsáveis pela doença. A cura no espiritismo é, de fato, orientada pela imagem do ensinamento dedicado: consiste essencialmente em tarefa pedagógica, pela qual se conduzem espíritos menos desenvolvidos a estágios superiores de existência. Para os médiuns do Centro Espírita Protetores Espirituais, esta evolução requer também o internamento dos espíritos obsessores, em colônias de tratamento no plano espiritual.

A sessão mediúnica usualmente se restringe aos médiuns do centro, não sendo permitida a presença dos pacientes. A sessão se inicia quando a um dos médiuns (o médium de incorporação) manifesta-se o espírito que se aloja no corpo do doente; então, passa a desenrolar-se um diálogo entre o médium doutrinador e o espírito, cujo conteúdo é claramente pedagógico: este deve ser persuadido a mudar de conduta, de modo a permitir que o doente, em cujo corpo se aloja, possa recuperar seu bem-estar. A conversa informal constitui-se no modo de comunicação privilegiado para a construção do cenário da cura. Enquanto o doutrinador e o espírito conversam, outros participantes (médiuns de apoio) oram em voz baixa. A mudança gradual na atitude do espírito durante as sessões (que podem ser várias), da recusa ao diálogo a uma crescente sensibilização às palavras do doutrinador, redefine o contexto da doença.

É também usual em alguns centros espíritas a cirurgia espiritual, promovida por espíritos curadores por intermédio dos médiuns. No Centro Espírita Protetores Espirituais, chama-se este tipo de tratamento de Atendimento Espiritual Irmão Paulo (nome do espírito médico incorporado pelo médium). Encaminham-se as pessoas a esta sorte de cirurgia por vários motivos, desde impaciência e tristeza até câncer. Aconselha-se aos doentes que se irão submeter a esse tratamento que, desde a véspera, não comam carne, peixe ou galinha, não bebam e não fumem. O tratamento envolve três etapas: na primeira, os pacientes são levados a orar e relaxar. Em seguida, são conduzidos a uma sala, onde recebem o passe, e só então dirigem-se à sala da cirurgia e deitam-se em macas. A 'queixa' do doente é lida e o médium, por meio do qual o espírito de Irmão Paulo atua, trata o doente mediante movimentos de mãos sobre o seu corpo e mediante toque. Apenas o médium vidente é capaz de ver a atuação da espiritualidade sobre o paciente, descrevendo-a para um médium relator no momento em que a vê. Encaminha-se posteriormente este relato para o 'entrevistador', que o repassa ao paciente. Enquanto se atendem os doentes nas macas, outros médiuns reúnem-se em uma mediúnica para doutrinar seus espíritos obsessores.

Bem distinta é a abordagem pentecostal. A visão de mundo pentecostal assenta-se em uma oposição rígida entre o bem e o mal; trata-se, em última instância, de planos descontínuos e irreconciliáveis (Brandão, 1980; Fernandes, 1982). A doença, enquanto sinal de desordem, é categoria pertencente ao segundo plano; interpretá-la é forçar a entidade causadora a se manifestar durante o ritual e, portanto, conformar a aflição pessoal ao modelo dicotômico do culto. Encenando uma batalha contra o mal, o ritual de cura divina almeja conduzir o doente a perceber que moveu-se efetivamente de um universo de caos e doença para um mundo ordenado, o único que lhe pode garantir vitória contínua contra a enfermidade.

Nas igrejas que praticam a cura divina, como a Igreja Universal do Reino de Deus, freqüentada por Mara, a oração de cura constitui momento central do ritual, para o qual convergem todas as atenções e expectativas. Muitas vezes, ao chegarem ao templo, as pessoas já encontram atividades de cura em andamento, sob a assistência das obreiras. Podem ser convidadas a colocar suas mãos sobre uma mesa untada em óleo, para, em meio a tantas outras mãos e aflições pessoais, beneficiaremse do poder purificador do óleo. Podem ser rezadas individualmente pelas obreiras, a cujos olhos atentos dificilmente escapa alguém sem atendimento. É, entretanto, com a entrada do pastor que se inicia o culto e a cura divina propriamente dita.

No culto, encena-se a cura como uma batalha na qual o pastor, suas obreiras e os demais fiéis oram juntos para expulsar as entidades do mal que se alojam no corpo do doente. Muitas vezes, o pastor chama doentes e aflitos à frente, para que possa proceder a oração de cura, pedindo-lhes que ponham a mão sobre a parte enferma do corpo. Reza em tom de comando, enquanto emissário do poder de Jesus Cristo sobre o mal. Com suas mãos sobre o doente, ordena a Satanás e seus comparsas que se manifestem e se curvem perante o poder de Cristo. Profere-se a mesma oração diversas vezes, substituindo-se apenas o nome da entidade maléfica, que na Igreja Universal consistem em vários exus (da feitiçaria, do vício etc.), quando não os próprios orixás. O tom ríspido e desafiador do pastor pouco a pouco se mistura às vozes das obreiras, que repetem operações semelhantes em outros doentes, e dos demais participantes, cada qual enunciando sua própria oração. A atmosfera é tensa e parece caminhar para um clímax final. Em meio à profusão de vozes e orações, pode-se distinguir, a intervalos variáveis, gritos de 'sai, sai, sai', que marcam o final de cada oração, quando o pastor e/ou obreiras retiram bruscamente a mão que vinham comprimindo sobre o doente. Tal movimento, marcando o cessar repentino de uma pressão sobre o corpo, reforça a imagem da cura enquanto expulsão de algo que comprime e pesa sobre este.

A imagem da luta permeia o culto: a cura marca a vitória do bem sobre o mal. A performance de fato oferece para seus participantes o papel de guerreiros auxiliares, co-responsáveis pelo desfecho da luta encenada ao redor do corpo do doente. A concentração da performance no discurso (oração) e o ritmo crescente de sua enunciação conduzem à representação de um conflito que caminha para

uma pronta resolução. A mistura de vozes descompassadas cria uma atmosfera de tensão, cujo caráter extraordinário aponta para a construção de uma arena especial, onde o poder sagrado circula. Neste contexto, envolve-se totalmente o doente na batalha travada ao redor do seu corpo, enquanto alvo imediato das palavras e gestos proferidos, não raro objetivando, mediante mudanças de comportamento, o próprio desenrolar do drama.

Relato dos Casos

Lana

Lana tem 34 anos, vive com o marido – que aparenta ser bem mais velho – e duas filhas. Apenas sua menina menor, de pouco mais de um ano, é filha do atual companheiro; as outras, já moças, são fruto de uniões anteriores. Mora em uma rua estreita, de casas de tijolos, separada por um grande portão de arame das ruas e moradores vizinhos, menos privilegiados. À noite, fecha-se o portão da rua para garantir a segurança dos habitantes. Como a rua, sua casa é prova de uma condição diferenciada: piso de cerâmica, sofá e poltronas na sala, cortinas na janela, aparelho de som e telefone. Nas paredes, *posters* com paisagens naturais e mensagens religiosas revelam seu envolvimento com a doutrina espírita. A boa situação financeira da família parece ser garantida pelo emprego do marido (funcionário da Companhia de Energia Elétrica da Bahia – Coelba); Lana não trabalha. Sente-se efetivamente melhor situada na escala social que os demais moradores do bairro; seu discurso versa com freqüência sobre a ignorância ou falta de entendimento dos vizinhos de fora. Ela mesma exibe sinais de distinção: é branca e seu modo de falar demonstra um nível de escolaridade superior à média do bairro. Embora os vizinhos da rua também sejam mais favorecidos, Lana tampouco se identifica com eles: são todos crentes e, por isso, incapazes de compreender e aceitar sua opção religiosa. Lana é bastante falante e narra com facilidade suas experiências de aflição e alívio progressivo no espiritismo. Seus relatos são plenos de dramaticidade, vez ou outra entrecortados com exposições acerca da doutrina espírita, cujo jargão ela parece dominar.

O problema de Lana, segundo ela mesma, é o 'nervoso'. Sua experiência de aflição permeia-se de um sentimento de proximidade da morte, levando-a à angústia e ao desespero:

> Eu num gosto de cemitério... não é porque eu num queira ir, é porque eu chego lá e desmaio... me sinto mal, certo? Mesmo quando o meu pai morreu, eu não fui, tá entendendo? Eu sou uma pessoa que... tenho um

> grande... detesto a palavra morte, tá entendendo? Detesto a palavra cemitério, enterro... (...) Então eu fui muito nervosa, eu num falava cum meus filhos... eu só me sentia bem, fechada dentro do quarto... eu ficava o tempo todo dentro do quarto com a porta fechada... ouvindo rádio, quando passava uma notícia que morreu alguém, eu corria e desligava o rádio e ficava me tremendo, batendo o queixo. (...) Eu sentia.... ansiedade, sabe? Eu sentia como se eu fosse morrer, tá? Eu sentia que naquele momento ali era meu fim. Então eu lutava, eu achava que tinha que lutar pra não morrer... (...) Realmente é uma sensação horrível... é aquele desespero, é aquelas vozes no ouvido... é aquela coisa ardendo assim... como dizia assim: "você vai morrer agora!". Aquela coisa me agoniava, eu num queria ouvir aquilo, tá entendendo? E pelo fato de minha facilidade de sentir, às vezes, um acontecimento com alguém... também isso causava esse pobrema... e, às vezes, eu ficava assim... passava por uma pessoa... essa pessoa olhava pra mim e aí eu dizia assim: "essa daí num vai durar quase nada aí". Daí a pouco tempo, diziam: "Cê sabe quem faleceu? Foi fulana de tal". E aí, por causa daquilo, eu mais me apavorava, o meu medo crescia muito mais, tá entendendo? Porqu'eu tinha aquela coisa comigo e aquele medo... aquele espírito ficava me vendo, me ouvindo... um som me buzinando aquelas coisas. Acontecia sempre o que eu imaginava... aquilo me deixava muito mais nervosa, entendeu? Muito mais fora de mim, porque, se o que eu pensava com os outros dava certo, então eu pensava que comigo ia acontecer a mesma coisa... e aí, eu saía de mim. Era por isso que eu sempre saía de mim...

Nos momentos de maior desespero, Lana sempre procurava os atendimentos médicos de emergência, com a sensação de que estava morrendo. "Às vezes eu chegava no pronto socorro e saía correndo pelo corredor, gritando, de tanta agonia. Os médicos dizia: 'essa mulher aí é doida, tem que ser internada'. Meu irmão quase me interna, uma vez." Durante estes atendimentos, realizava-se uma série de exames, que não indicavam problema algum. Isto levava Lana a uma descrença nos médicos e a pensar na possibilidade de estar sofrendo de um "problema espiritual". Os médicos a encaminhavam, então, para neurologistas e psiquiatras. Novamente se realizavam exames que não indicavam problema algum. Prescreviam-lhe medicamentos, tranqüilizantes que ela usou durante muito tempo, apesar de muito se incomodar com a sonolência que lhe provocavam.

> Você não vive sem aquele vício. É todo dia, toda hora, você fica precisando daquela droga pra você sobreviver... e aí tira seu... seu lazer, tira tudo. Você não tem ânimo pra trabalhar, você não tem ânimo pra conversar, você não tem nem vontade de fazer sexo, porque a droga tira essa vontade. Você fica uma pessoa inútil, né?

Embora não tenha encontrado alívio para seus problemas na medicina, Lana confere grande credibilidade ao argumento do psiquiatra, segundo o qual todos os problemas por ela enfrentados ao longo da vida contribuíram bastante para o agravamento de seu 'nervoso'.

> Os problema todo que eu já tive na minha vida contribuiu muito pra meu nervoso. Minha mãe teve 15 filho, eu que tive que cuidar. Casei e pensei que era feliz, que tinha um casamento bom, tive quatro filho. Um dia meu marido saiu pra comprar um remédio e nunca mais voltou. Encontrou uma ricona aí, que disse pra ele tomar conta da empresa dela, prometeu carro e tudo. Você sabe que, nessas hora, nem sempre o amor fala mais alto, né? Eu tive que trabalhar feito uma louca pra poder criar esses quatro filho. Eu trabalhava de dia numa escola, lavava roupa de ganho de noite e, no final de semana e feriado, ia pra praia vender sonho, coxinha, cerveja, refrigerante, água mineral. Tudo isso contribuiu pra eu me tornar uma pessoa nervosa. Mas eu piorei mesmo, comecei a ter que tomar remédio todo dia, foi depois que esse meu menino aí morreu (mostra a foto na parede, do filho que faleceu aos sete meses de idade). Aí foi que eu piorei mesmo.[3]

A maneira como Lana vivencia o nervoso parece influenciar sua rejeição ou aceitação de determinada terapia. Recorreu à ajuda tanto do candomblé quanto de igrejas pentecostais, mas afirma ter percebido, como resultado do tratamento, um agravamento do seu estado:

> Eu passei três dia lá na esteira, certo? E não adiantou nada. Em vez de melhorar, eu piorei bastante. Fiquei quase louca, entendeu? E depois, uma mulher disse que eu tinha que dar um bode, matar um bode. Eu fiz esse sacrifício. Comprei o bode. Ela derramou o sangue do bode em cima de mim. Em vez de eu melhorar, eu piorei bastante. Eu enlouqueci. Aí mesmo foi que eu fiquei louca, certo? (...) Ela matou o bode e disse que tinha que derramar o sangue ali em cima de mim e... ainda, pra acabar de completar, arrancou a cabeça do bode, os negócio... e deixou dentro da minha casa... tudo fedendo. E aí eu comecei foi a me sentir mal, a cada dia que passa, eu me senti mal, e aí fui procurar ela... Quando cheguei lá, desesperada, ela disse que não tava vendo nada nas cartas, não... e eu desesperada... (...) Lá na Igreja Universal, os tratamento que eles fala é que vai expulsar o demônio, né? "Sai demônio! Sai demônio!". Então eles... dizendo comigo que era o diabo... e que tá amarrado, né? E esses negócio de manifestar... eles ficava apertando a cabeça da gente, colocando a língua. Aí eu não fui me dando bem com isso, não. Eu achei que não tava ali o meu tratamento ainda. Eu fiquei pior, muito pior mesmo. (...) Se você já está... já doida, cheia de pobrema, com dor de cabeça, correndo, achando que o mundo tá caindo na sua cabeça... e alguém começa a lhe chamar de satanás, e a apertar sua cabeça e ficar querendo fazer você manifestar... certo? A pulso?

Lana acredita possuir um poder de curar e fazer previsões; o fato de não utilizar este potencial, em sua opinião, constitui uma das causas do seu problema de nervoso. Conforme relata, sua vida tem sido perpassada por toda uma série de acontecimentos que sinalizam a presença desse poder. Quando de seu nascimento, após os médicos haverem cortado o cordão umbilical, Lana diz ter-se sentado e dado risada, já exibindo então quatro dentes:

> Os médicos saíram correndo na hora, não ficou ninguém na sala, minha mãe disse que teve que me segurar. Minha mãe era candomblezeira, era de candomblé, só vivia fazendo macumba. Isso que aconteceu, quando eu nasci, quer dizer que eu já nasci de cabeça feita, eu não precisava fazer a cabeça, como as outras pessoas que não nasce já assim, como eu nasci. Eu não, eu já vim de berço, quer dizer, de berço, entendeu? Só que, isso era pra minha mãe ter cuidado desde cedo, só que ela não cuidou. Aí eu fiquei assim, com esses problemas.

Lana refere-se a inúmeros casos em que deu provas de sua capacidade de curar, fazer previsões importantes e ajudar outras pessoas a resolver problemas pessoais. Houve até mesmo um período em que fez "sessão de mesa branca" em sua casa. Dois caboclos, um índio e um africano, aparecem sempre que ela precisa ajudar alguém. Lana conta que, no momento em que se aproximam, sente muita ansiedade; quando partem, não consegue se recordar de mais nada.

> Porque você sai de você, naquele momento, e entrega a responsabilidade àquele espírito. Você está assim, daqui a pouco, sua casa, seus filhos, ou alguém tá algo, alguma coisa negativa. Aí você, daqui a pouco você... recebe, é pegada, é apanhada assim pela aquela entidade. Lhe pega assim... e dá uma força diferente. Uma força energética, uma força... fora do comum. E quando você olha, você não é mais você. Você não fala mais igual, você é outra pessoa. Ali você sabe coisas, que os outros vai dizer que você tava espiando a vida dos outros. Porque você começa a falar coisas, aí que alguém pergunta: "Quem foi que contou a ela? Porque ela sabe isso tudo?" Porque isso? Porque lá naquele momento, a entidade toma conta do corpo da gente, né? E a gente passa a ouvir mensagens. (...) Mas ele sempre deixa a sensação muito boa pra pessoa. Certo? Nunca me deixou e... sensações de... assim diferentes, nem nada que pudesse... modificar. Quando eles vão embora, eles leva consigo as coisas negativa e deixa as positiva, certo? Só que eu não consigo me lembrar o que foi que foi feito dessa coisa, tá entendendo?

A experiência de Lana permeia-se de um projeto de ser terapeuta. Associada ao seu potencial de cura encontra-se a experiência de 'choques', que ela sente no próprio corpo e para a qual encontra um explicação no espiritismo. Os choques, diz ela, ocorrem em conseqüência de não estar fazendo uso do seu poder para ajudar as pessoas, consistindo, assim, em mais um sinal desse poder:

> Eu tenho minha mediunidade que eu preciso trabalhar, ajudar as outras pessoas, colocar essa energia para fora, porque senão, vai me fazer mal. Esse choque que eu sentia, isso é energia presa, era um choque mesmo, parecia que eu era um robô e tinham me ligado na tomada. Você já tomou um choque? Pois é a mesma coisa, é um choque mesmo. (...) Eu venho de uma origem de 21 entidades. De 21 entidades. Tem gente que vem a origem de uma só. De um anjo-da-guarda, de um protetor, e só. Certo? Eu

> venho de 21 entidades... Entidade essas que transmite vários tipo de energia. Vários tipo de coisa, por isso que eu passava pelo processo espiritual de, de.... de muito grande. Alcancei o terceiro grau de evolução... de por isso... por ter muita energia. Eu dava choque. Eu cheguei no centro dando choque.

Em sua interpretação da doutrina espírita, tal qual aprendida junto aos médiuns do centro, o choque representa 'energia acumulada' e a solução para o problema reside na utilização desta 'energia' na cura de pessoas doentes. O espiritismo acena-lhe, então, com a possibilidade de tornar-se uma terapeuta espírita.

Na terapia espírita, Lana diz ter encontrado a solução para seus problemas. Freqüentou dois centros diferentes: o Espíritos de Luz, localizado no bairro, muito próximo à sua casa, e o Protetores Espirituais, um pouco mais longe, na fronteira entre o Nordeste de Amaralina e a Pituba, bairro de classe média, contíguo ao Nordeste. Após algum tempo, optou por permanecer apenas no Protetores Espirituais. Mostra-se maravilhada não só com o grande número de pessoas que procuram o espiritismo, mas também com a boa condição econômica dos freqüentadores desse centro. A cura no espiritismo, para Lana, parece ligar-se também à possibilidade de uma melhoria geral em sua vida.

> Todo mundo que chega no centro, chega com a vida toda tumultuada, mas todo mundo melhora, arruma sua vida. E quando a gente se equilibra, tudo melhora, a parte amorosa, a parte de dinheiro, a gente evolui de todos os jeitos. Melhora até nossa posição, todo mundo que freqüenta o centro consegue alcançar posição bem melhor na vida. Se você vê quanto carro que fica parado na porta do centro, não fica um lugar sobrando!

No centro espírita, Lana participa do passe, comparece às palestras doutrinárias, freqüenta sessões com o Irmão Paulo e encontra-se regularmente com uma entrevistadora, com quem conversa sobre seu problema. Em um desses encontros, logo no início de seu tratamento, a entrevistadora sugeriu que Lana estava como um guarda-roupa desarrumado: para pôr as coisas em ordem, ela deveria conduzir-se de acordo com as prescrições da doutrina espírita. Isto exige uma disciplina que Lana diz faltar-lhe em alguns momentos. Antes de ir ao centro, por exemplo, ela considera necessário não ingerir bebida alcoólica, ter dormido bem, não comer alimentos 'pesados', estar calma etc., atitudes que muitas vezes não consegue assumir. Tal fato a tem impedido de concluir a terapia, o que considera como uma dificuldade sua, não relacionada com qualquer objeção ao que é proposto pelo espiritismo.

O passe, segundo Lana, é algo capaz de curar qualquer pessoa com problemas:

> Quando você tá sentindo alguma coisa, que você toma o passe, com fé, você fechou os olhos, você toma um passe com fé, é você... muda, tá entendendo? Cê muda mesmo. Cê consegue tirar os pés do chão. Você consegue naquele momento sair... de você. E ir aonde você quiser, certo?

> Porque o passe não precisa você pedir. Os espíritos sabe tudo que você sente, tudo que você precisa. Então, quando o médium tá dando um passe, ele já vai no lugar certo. Ele já passa a... a energia no lugar certo, aonde você tá sentindo as coisas. Certo? (...) Mas quando você sai da sala de passe, você sai... renovada. E se todo dia você tomar, cada dia você tá renovando suas energias, renovando, renovando, e aí você vai conseguir fazer tudo o que você tem vontade. Que você tem algum problema, você vai sair do pobrema. Porque o passe é uma troca de energia e é uma maravilha.

Lana vê a doutrina refletida na postura dos espíritas, na atitude geral que exibem em face da vida: as pessoas do centro falam baixo e devagar, apresentam-se sempre calmas, expressando uma certa tranqüilidade e serenidade e, em geral, mostram-se bastante compreensivas com relação às atitudes agressivas de alguns dos que ali acorrem em busca de tratamento.

> Cê vê que a vida das pessoas do centro... são pessoas educadas... são as pessoas que num ... num é nervosa, não, são pessoas que num se deixam levar por qualquer coisa não, entendeu? Por nada [diz, em tom mais elevado], por nada. São pessoas que têm sempre uma palavra, têm sempre uma palavra amiga pra lhe dá... tá sempre disposta a lhe socorrer... nos momentos difíceis da sua vida... Se você chegar lá chorando, então, ela quer que você num chore, e elas faz de tudo, e elas consegue que você pare de chorar, porque ela diz: "você é dono de você mesmo, e quando a gente quer, a gente consegue".

De certo modo, este modelo de comportamento reflete um *ethos* individualista característico das classes mais favorecidas, centrado na idéia de um desenvolvimento pessoal rumo à independência, ao controle de si (e do corpo). Lana expressa tal noção ao ponderar sobre seu problema:

> Meu problema era na cabeça, era... eu não tinha cabeça pra pensar em coisas boas. Eu pensava o tempo todo em coisas negativas. E quando a gente pára e pensa que... o negativo já atingiu uma boa parte da nossa mente, do nosso corpo e da nossa casa e do nossos filhos, aí a gente começa a lutar pra ser independente.

O entusiasmo de Lana com o espiritismo sofreu certo abalo após alguns meses. Em seu relato, aponta o tratamento com Irmão Paulo como um dos elementos marcantes neste processo de desencantamento com o centro espírita. Lana participara de um atendimento com o terapeuta e fora recomendada a deitar-se sobre um lençol branco assim que chegasse em casa, ficando por algum tempo nesta posição. Como já lhe havia acontecido anteriormente, após o atendimento de cura espiritual com Irmão Paulo, retornara à casa invadida por um certo mal-estar, sentindo-se pesada, com dor de cabeça. No dia seguinte, fora ao centro conversar com sua entrevistadora sobre o ocorrido; ela não estava e Lana sentara-

se, chorando, em um dos bancos no pátio. Contou-nos ter sido socorrida por uma mulher que sabia trabalhar no centro. Esta explicara-lhe o cerne do tratamento de Irmão Paulo: segundo ela, seu objetivo era bloquear os guias de Lana. A mulher recomendara-lhe, então, que voltasse para casa, acendesse uma vela para seus guias e, ajoelhada, orasse, pedindo-lhes perdão. Se assim fizesse, poderia reverter o processo. Além disso, aconselhara-lhe a procurar outro centro, mais próximo à linha da umbanda, pois no Protetores Espirituais não poderia contar com aprovação ao seu tipo de mediunidade.

O gradativo afastamento do centro fez-se acompanhar pelo interesse crescente em um tratamento proposto por um paranormal, que apresenta-se semanalmente em um programa de televisão. No programa, realiza um trabalho em que pede os telespectadores que segurem nas mãos algum objeto de metal e tentem transferir para este objeto todos os problemas, preocupações, enfim, tudo aquilo que os aflige. O resultado, segundo o terapeuta, pode ser o aquecimento do metal, sua deformação ou até mesmo o seu rompimento. Lana relata estar sendo muito boa para ela esta experiência, comenta estar conseguindo entortar e até quebrar talheres. Em sua descrição, reaparecem imagens que povoavam seus relatos da terapia espírita. Lana diz que além de sentir muito calor, tem a impressão de ter voado e de muita luminosidade. No momento em que retorna, uma sensação de bem-estar a invade.

A idéia de ser capaz de curar-se a si própria mobilizou-a, sem dúvida, bastante:

> Foi incrível, né? E a gente colocou toda a força que a gente tivesse, toda força, tá? Então ele falou com... assim, né? Eu disse: "agora é minha vez também", né? Eu tava muito chateada, eu disse: "não, agora dessa vez, eu vou ficar boa". De vez, né? Certo? Que boa já estou, vou ficar melhor... vou passar pra melhor, né? E aí, naquele momento, eu coloquei e ele disse "é um, vou contar", e aí quando ele começou a contar, eu aí fechei os olhos e aí, com a força da mente eu quebrei o garfo, assim... partir em dois pedaços. Com a força da mente, que ele mandou largar a... energia negativa toda ali... naquele metal... porque, que ia quebrar, as força dos fluidos ruins, negativo. Mas isso a gente precisava ter... força de vontade e ter força espiritual também, né? Porque não foi.... aconteceu com todo mundo não, viu? Teve gente que ficou com... com as coisas na mão e não conseguiu nada. Mas eu, naquele momento, com as lágrimas nos olhos, e joguei tudo o meu pensamento, toda a minha energia ali, e aí eu consegui. Eu aí consegui, mesmo, parti o garfo, com a força do pensamento. Aí é que é que a gente pode ver, com a força do pensamento, a gente pode remover montanhas de um lado para o outro, né? Isso não acontece muito. A gente tem que ter... bastante força, né? E hoje ele disse que voltaria de novo, né? E depois dali me senti bem, porque eu voei aquele momento, junto com o sofá, fui para bem longe de mim. Aí eu saí de mim, fui parar no outro lugar. Nossa! Um lugar bem claro, um lugar... cheio de luzes... que me suspendia como o vento, como uma água anda, me senti a própria. Quando voltei, estava ótima. Cheia de energia positiva. Tava forte, tava corajosa...

MARA

Mara tem 31 anos e, segundo seu irmão, sofre de 'problemas de cabeça' há cerca de dez anos. Já internou-se em hospitais psiquiátricos inúmeras vezes e, atualmente, submete-se a acompanhamento psiquiátrico no Centro de Saúde Mental, onde, após breve consulta com o médico – centrada quase inteiramente em questões sobre os efeitos e tolerância a medicação –, recebe nova leva de remédios, que toma com regularidade. Mara diz não gostar do sono que os remédios lhe provocam, fazendo-a sentir-se inativa, como um 'parasita'.

A infância de Mara e seus irmãos foi bastante difícil: tanto eles quanto a mãe foram vítimas de constante violência e abusos por parte do pai, o que culminou com a separação do casal. Atualmente, Mara reside com irmã Rosa, que também sofre de problemas mentais, em uma pequena casa herdada da mãe, já falecida, situada em um subsolo que denomina de 'calabouço'. É uma casa úmida, escura e fétida, talvez pelo fato de que Rosa, em estado bastante grave, não tenha cuidado algum com a higiene. Mara dorme em um corredor, que a chuva invade quando intensa, deixando o quarto para Rosa. Sente-se bastante incômoda neste espaço; freqüentemente se queixa de viver na lama, na imundície, e expressa o desejo de poder construir sua própria casa na laje batida sobre o teto do 'calabouço', parte da qual utilizou-se na construção da casa de um dos seus irmãos. Embora Mara conte com vários irmãos e uma irmã na vizinhança, apenas o mais velho, José, encarrega-se de cuidar dela e de Rosa. Além de responsabilizar-se pela administração dos medicamentos e pela alimentação das irmãs doentes, José e sua esposa também criam um filho de Mara, de aproximadamente oito anos, que faz companhia ao seu próprio filho, da mesma idade.

Mara descreve suas crises, as quais geralmente conduzem à decisão de internamento, como períodos de desleixo com a aparência e agressividade, causados pela interrupção do uso de medicamentos.

> Se eu num tomar o remédio regularmente, eu fico afetada por isso. É, pego uma criança, imagino que a criança tá bulino em mim, aí bato na criança. Já tirei sangue de uma mocinha, na boca, dei na boca, pela rua. Num pentio o cabelo, esqueço de mim.

Embora recorra a internamento durante as crises de Mara, José desconfia da interferência de causas espirituais: conta que, certa vez, quando levou Mara ao hospital, uma senhora que ali se encontrava acompanhando um parente, chamara-o à parte para dizer que tirasse Mara dali, pois seu problema era de outra ordem: "sua irmã não é louca, não". José, de fato, conduziu sua irmã a várias agências religiosas. Inicialmente, levou-a a uma casa de Candomblé, onde Mara permaneceu durante um mês, sob os cuidados da mãe-de-santo, e onde se associou sua doença a um "feitiço brabo". Mara descobriu-se médium e com Iemanjá por guia: "Acho que é Iemanjá né? E diz que essa... ela me guia, e eu sou dela (...) Diz que ninguém pode com ela".

A estadia de Mara na casa da mãe-de-santo foi conflituosa: sentindo-se presa, muitas vezes entrou em confronto físico com quem tentava impedi-la de sair. Brigou também com a mãe-de-santo e a filha, que estava saindo com o ex-namorado. No confronto com sua rival, ela diz ter encontrado forças em Iemanjá, que constituiu, sem dúvida, uma das imagens mais fortes que o candomblé lhe forneceu:

> disse que a santa tava em cima de mim, a santa, a que tem as força das águas, Iemanjá, e tem cabelão (...) e ninguém pode com ela, ninguém pode mermo não, que ela num permite, da... da força do mar (...) Aí eu olhei pr'aquela santa, menina, aí me deu uma força, me deu uma força, eu nunca ti... nunca que eu arranjei aquela força assim. Eu fui em cima da filha dela, foi. Eu parecia a mulher su... a mulher super-homem.

Mara considera que o período na casa da mãe-de-santo teria sido negativo e agravado seus problemas:

> Do candomblé. Eu fiquei nervosa pra sair de lá, nervosa menina. (...) Porque eu só via coisa ruim assim, um fedor assim, o trabalho, muita gente, um entra-e-sai, zoada de tambor, essas coisa. Isso tudo me botava mais zoada ainda, azuada.

A situação de Mara agravou-se posteriormente com o falecimento da mãe, que se traduziu em um momento extremamente difícil para ela, ocorrendo logo após seu retorno de um longo período de internamento. Dopada, sob o efeito de forte medicação, ela conta não ter podido chorar a morte materna:

> E eu me senti muito mal, eu fui chorar com um mês dela falecida. (...) Comecei a ter a crise, daqui a pouco pensaram que eu ia voltar de novo pro internato, eu tava precisando de nada, foi o choro mermo que tava preso, de tanto soro que eu tomei, soro e injeção que eu tomei.

A imagem da mãe é presença constante na vida de Mara. Com o tempo, ela passou a comunicar-se por meio de sonhos com a mãe, que era espírita, e por vezes é subitamente preenchida por seu espírito, que fala através de seu corpo, coisas que ela escuta. É o que Mara chama de "manifestar" a mãe: "eu tava manifestando minha mãe direto (...) eu falando (...) é, falando por ela (...) é, a voz dela através de mim".

Mara descreve suas sensações e sentimentos durante esses momentos de manifestação da mãe:

> Só, assim... só tensa, ficava tensa. (...) Eu ficava tensa, ou seja, sentia... paralisada. (...) Eu ficava assim meio zonza, mas depois voltava tudo assim, as coisa eu lembrava tudo de novo (...) Num me sinto mal não, é. Pelo contrário totalmente, eu me sinto muito bem.

Após a tentativa frustrada de tratamento no candomblé, Mara passou a freqüentar, por conta própria, a Igreja Universal do Reino de Deus, onde, conforme diz, teria melhorado com as orações, porém não encontrando nem a cura nem

a explicação para a sua doença. Tampouco encontrou aceitação para as manifestações de sua mãe. Após algum tempo de comparecimento à igreja, decretaram-na curada e aconselharam-na a deixar a medicação. Seguindo as instruções, Mara pouco depois entrou em crise e foi mais uma vez internada. Ao voltar do internamento, retornou à igreja. Nos cultos, passaram a conduzi-la à sala reservada às crianças, o que a deixou muito aborrecida, fazendo-a parar de freqüentar a igreja: "Aí mandaram pra esse lugar de menino, né? (...) Mandou me levar pra essa sala, lá onde fica as criança. (...) Foi, mandou uma obreira ficar lá conversando comigo, distraindo comigo, né? Isso é ajudar a me dar solução? Nunca! Aí eu me senti completamente isolada nas Igreja."

Em uma das suas manifestações, a mãe de Mara pediu a seu irmão, José, que a levasse para um centro espírita. Bastante impressionado com o conteúdo da manifestação e convencido há algum tempo de que o problema da irmã não seria orgânico, mas espiritual, José seguiu seus conselhos e a encaminhou para o centro Espíritos de Luz, que Lana também freqüentava. No primeiro dia, por ocasião do passe, Mara começou a rir e "manifestar" sua mãe. Estranhamente, o espírito falou de rosas e escuridão: "Falei que num queria nada sobre rosas (...) e queria todo mundo ficar no escuro, que ela tava foi no escuro (...) Na escuridão. Se ela visse uma rosa, ela ia piorar pra ela, onde ela tava. (...) Ela tava foi no escuro." Apesar dessas palavras, Mara insiste em afirmar que sua mãe é boa e habita o céu. Sustenta o argumento de que, se ela está no escuro, é por escolha própria, porque só daí pode intervir na vida dos filhos:

> Eu fiz uma oração apelando por Jesus pra ela ir pro claro, mas ela num tá no claro porque ela num quis. (...) Quando ela tava no escuro, ela tava muito nervosa, né, baixou em mim e tava muito nervosa, preocupada comigo. Quando ela vai pro escuro, ela procura saber ali sobre a família, a família que ela deixou.

Mara passou a receber passes regularmente no centro, dizendo sentir-se bastante leve após as sessões. Indagada sobre o que ocorre durante o passe, explica:

> Fazem trabalho também, fazem trabalho assim, como assim, passando a mão assim pela frente da pessoa, o trabalho é esse. (...) É silencioso, o lugar é escuro. É escuro, tem... tinha um quarto fechado, sem ener... com, com ener... agora tem uma ene... tem uma lâmpada azulzinha, fica assim ao... assim no meio. (...) ...e tem a musi... a música, né, que bota bem baixinha. (...) Começa a, a né, fazer os trabalho assim na frente da pessoa, é dar... passar a mão pela frente assim, na cabeça, na testa. Se for no coração, eles faz, vão fazendo trabalho, é mexendo assim, feito como se fosse no tempo daquele do... já passou até na televisão, de um mágico, como uma mágica. Assim, na frente assim da pessoa. (...) Uma mímica, ele fazia uma mímica.

As manifestações de sua mãe no centro repetiram-se outras vezes, justificadas pelo espírito como tentativas de ajudar à filha doente, em obediência a ordens de Jesus. Os médiuns do centro, porém, não incentivaram Mara a sustentar esta comunicação com sua mãe, argumentando que a manutenção de vínculos com pessoas mortas prejudica tanto a vida dos vivos, quanto a evolução dos espíritos. Mara não acata esta restrição:

> Mas ela num me atrapalha não, quando ela baixa assim em mim, é quando eu tô assim pra dormir (...) Num é todo dia e eu me sinto bem com ela (...) Mas num obedeço eles [as pessoas do centro] não, eu escuto minha mãe falar, eu aceito.

As repetidas manifestações de Mara durante as sessões fizeram que os médiuns decidissem administrar-lhe o passe individualmente, de modo a não perturbar os demais participantes/clientes.

O problema de Mara foi desde logo interpretado como um caso para a sessão mediúnica. Além de incorporar sua mãe nas mais variadas e impróprias situações, Mara passou a manifestar um outro espírito, bastante agressivo, que ela identificou como o pai do seu ex-namorado e ao qual se refere como "o velho". O espírito disse estar nela encostado por vingança, por ela não ter ficado com seu filho. Mara e seu irmão José, que acompanha de perto suas manifestações, consideram a obsessão desse espírito como a causa de sua doença. Embora os médiuns não tenham apontado a identidade do espírito obsessor ou mesmo sabido que, para Mara, tratava-se de alguém bem conhecido, a seu ver a verdadeira causa de sua doença fora descoberta no centro: "Descobriram né, naturalmente, que minha doença num é doença mental, num é pobrema de cabeça que eu tenho ni mim. É um morto, um espírito do morto por vingança".

Mara tivera um contato próximo com tal velho em vida, participou do seu enterro e conta que sonhava muito com ele morto, com a boca aberta. Diz também que via o seu vulto.

> Eu só sonhava no escuro e via um vulto, vulto na minha frente. Quando num era na minha frente, era nas costa, ele passava assim. Na primeira vez, no início da minha.... da minha aluci... do lance na cabeça, eu via assim na minha frente o vulto dele. (...) Foi. E sonhava, né? Sonhava ele com a boca aberta, a mesma coisa quando ele morreu. Sonhava com ele.

É interessante o modo como Mara concebe a interferência do espírito na origem de seu problema, combinando um modelo material ou orgânico – em que o problema possui um substrato orgânico e situa-se em um determinado lugar do corpo – a um modelo de causalidade espiritual:

> Tenho problema de faltando líquido na cabeça. (...) E [o espírito da mãe] disse que um lado de mim tá faltando né, san... num corre muito sangue na minha cabeça. (...) É ele [o velho], ele penetrou na... ni mim, porque ele me conhecia muito bem.[4]

Mara descreve as manifestações do velho através do seu corpo como extremamente incômodas, seguidas de tosse e dor na garganta, em oposição às manifestações da mãe.

> O pessoal lá acalmando o espírito, dizeno assim: "o senhor é muito bom, o espírito é muito bom, tenha, tenha a gentileza de ir embora, né, de ir embora, agora o senhor vai embora". Ele roncano, todo grosso, aí ele ba... todo brabo, bruto. (...) Aí tossia, eu tossia muito, me... me cansano.

Como Lana, Mara encontrou dificuldades em adaptar-se ao *ethos* espírita e, mais especificamente, em ajustar-se ao modelo de relação com os espíritos preconizado pelos médiuns. Em uma das sessões por nós presenciadas, os médiuns falavam a Mara que se despregasse do espírito de sua mãe e assumisse o controle do seu corpo: "abaixo de Deus" – diziam-lhe – "quem manda no nosso corpo somos nós". Apesar de repetir em alguns momentos tal discurso, Mara continua 'deixando' seu corpo ser invadido pelo espírito de sua mãe e não quer abrir mão dessa experiência:

> Mas já me ensinaram pra eu dizer que eu mando em mim, no meu ser, que ninguém mais, abaixe mais do que Deus, manda em mim, do que Deus, e mando nos meu... os meu sentimen... meu né, em minha matéria. (...) É, me explicam pra os mortos num ficar tomano conta de mim, de... rodiando assim, me atrapalhando. (...) Fala né, pra a gente responder junto com ele a palavra (...) é que eu mando em meu cor... em meu... né, eu tenho... quem manda em meu corpo sou eu, quem manda em meu... na minha alma sou eu, no meu sentimento sou eu, a não ser, debaixo de Deus sou eu.

Durante todo o período em que permaneceu no espiritismo, Mara seguiu vivenciando o que para ela constituíam duas manifestações bem distintas: os espíritos de sua mãe e do velho. Este último representa o mal que se está 'queimando no deserto', em oposição à sua mãe, que está no céu e obedece às ordens de Jesus. Presença constante nas narrativas de Mara, é Jesus quem ordena, protege e, por vezes, até castiga sua mãe quando esta apresenta algum comportamento faltoso (certa vez a proibiu de manifestar-se em Mara porque havia mentido e xingado). Conforme a tradição do catolicismo popular, Jesus está acima de todos: do velho maléfico, da mãe – espírito bom, mas ainda marcado de falhas humanas –, de Mara e mesmo dos representantes da religião estabelecida.

Vivendo em seu corpo uma tensão bastante nítida entre o bem e o mal, Mara veio a vislumbrar uma luta para destruir o velho com o apoio de sua mãe:

> Eu sei que eu tava escutando a voz dele, ele dizeno que tá se assando, que tá se queimando lá onde ele tá, lá no infinito. Ele disse até ao pessoal lá na... no centro espírita que ele era do deserto. (...) o velho se lamentando dizendo que o corpo dele tá se sentindo queimando. (...) Eu disse que Jesus vai destruir ele, se Deus quiser, até ele me deixar em paz. Quando a alma né, pra destruir, eu quero que ele se destrua, pelo... pelo que me fez.

> Eu também sou assim, viu? Eu acho que se eu tivesse morrido... acho que aquele velho num existia lá no outro mundo. (...) É, já tinha dado um fim, eu junto com minha mãe, minha mãe tá no céu, porque ela anda pela terra um pouco, vagando um pouco, mas dei o endere... ele já disse daonde ele era, do deserto. Do deserto ninguém pode, né?

Embora Mara afirmasse sentir-se melhor no espiritismo, sua assiduidade no centro decresceu, ela mesma admitia faltar muito às sessões e chegar atrasada, quando ia. Decorrido algum tempo, deixou de comparecer à mediúnica, pois não podia concordar com a abordagem ali adotada com relação aos dois espíritos que manifesta. A prática espírita de doutrinação dos espíritos obsessores não só fazia desaparecer o que para ela eram nítidas diferenças entre os espíritos da mãe e do velho – um benigno, o outro, maligno –, como parecia quase reverter a ordem natural das coisas. Tratavam o velho com cordialidade, diz Mara, explicavam-lhe com gentileza que necessitava deixar de vez o mundo dos vivos. Merecedor, segundo seu ponto de vista, de uma abordagem agressiva – pois era, afinal, do inferno – só encontrava no centro palavras amenas: falavam-lhe com calma e cautela, chamando-o de irmão. Entretanto, exortavam também sua mãe, espírito do bem, a sair, de uma forma que lhe soava de certa maneira intolerante. Mara conta, com mágoa, como uma senhora do centro tratava sua mãe com rudeza, mandando-a ir embora, ao passo que perante o velho, que era bruto e mau, simplesmente "afrouxava".

Insatisfeita com o espiritismo, ela aceitou o convite de uma vizinha crente e voltou a freqüentar a Igreja Universal do Reino de Deus, onde manifestou o espírito do velho que, a seu ver, enfim recebeu um tratamento adequado: o pastor chama-o de demônio, xinga-o e ordena que volte para o inferno, de onde veio. Segundo Mara, as pessoas da igreja são muito mais fiéis que as do centro; lá, a oração é forte. Relata que, quando ora, sente o mal batendo em sua cabeça, querendo sair; formam-se então caroços parecidos com espinhas. Mara passou a freqüentar a igreja diariamente e se considerou curada.

Ambicionando tornar-se obreira na igreja, diz precisar, no entanto, de muita dedicação para chegar ao cargo. Iniciado, com um crente, um relacionamento que parecia promissor, apresentou-o à família e vislumbrou a possibilidade de uma união conjugal. O relacionamento, porém, não durou muito, pois o rapaz terminou-o, alegando estar desempregado. Por incentivo do pastor, Mara deixou de tomar os remédios prescritos pelo médico. Adveio-lhe uma nova crise, mas esta foi contornada sem ser necessário o internamento. José, que desaprova o envolvimento de Mara na Igreja Universal, levou a irmã de volta ao centro durante o período da crise. Entretanto, quando melhor, ela voltou a freqüentar a Universal e diz que não irá mais ao centro "nem amarrada", pois naquele ambiente "tem muito morto". Seu discurso já revela influência do modelo pentecostal. Na igreja, ela formula uma nova leitura para seu problema, afirmando que o espírito a incomoda

porque o filho do velho, com quem namorava, fez um trabalho contra sua pessoa. Alega comunicar-se atualmente com o ex-namorado, que é vivo, mas diz que a comunicação se processa por telepatia.

Mesmo continuando a freqüentar a igreja, Mara não adere ao modelo pentecostal sem conflitos. Como no centro, também não encontra na igreja apoio para suas comunicações com a mãe. Mara relata o esforço inútil de sua mãe, manifestando-se durante um culto, para explicar ao pastor, em meio a um turbilhão de gritos e orações, que viera com boas intenções, apenas para saber quando sua filha estaria curada, de modo que recebeu tratamento semelhante àquele reservado ao velho: foi expulsa e chamada de exu. Por mais que tente, Mara sabe não haver lugar no ritual para essa imagem que cultiva e que a possui. Neste contexto, mais uma vez recorre à imagem do Jesus poderoso e mediador, imagem que lhe permite conviver com o conflito entre a vontade de sua mãe de continuar manifestando-se e a ordem da igreja de expulsar, como qualquer outro espírito ruim, a mãe de sua vida definitivamente. Em seus relatos, Jesus aparece ora autorizando a mãe a seguir manifestando-se, ora proibindo-a de fazê-lo em razão do hábito, que já a caracterizava em vida, de xingar e mentir. No presente, Mara praticamente não manifesta mais sua mãe: diz que puseram-na no céu errado e que está agora mais distante.

Imagens e a Transformação da Experiência

As histórias de Lana e Mara convidam-nos a elaborar o sentido que se atribui ao termo 'significação da experiência'. Em primeiro lugar, demostram que a idéia de que uma experiência adquire significação pode conduzir a alguns mal-entendidos, se com isso compreeendemos um processo inequívoco e já concluído, pelo qual uma experiência disforme, desprovida de sentido, é finalmente ordenada em uma totalidade significativa. As trajetórias de Lana e Mara na religião não descrevem um processo desse tipo; elucidam, antes, a convivência de ambigüidades, indefinições e mesmo contradefinições, e sua superposição aos novos significados e identidades propostos no ritual. O que essas trajetórias trazem à reflexão não é tanto um exemplo do que pode ocorrer, em termos de tratamento, quando se tem uma adesão religiosa incompleta, mas uma ilustração do fato de que a vida nunca se enquadra perfeitamente nos contextos de significado elaborados para explicá-la.

Em segundo lugar, os casos deixam claro que só se pode falar de significação ou mesmo ressignificação da experiência se estendermos o sentido desse termo para além de uma mudança de representações ou do aprendizado (intelectual) de um novo modo de representar a doença. As mudanças que se insinuam no significado das experiências de Lana e Mara expressam, sobretudo, uma compreensão do contexto de aflição que corresponde menos a uma nova apreensão intelectual desse contexto do que a um novo modo de imaginá-lo, e, assim, de ajustar-

se – e transcendê-lo – pela elaboração e/ou desenvolvimento de imagens. Compreender suas trajetórias religiosas exige uma reflexão sobre o papel das imagens, ou antes, da imaginação, na configuração das experiências – de doença, conversão, melhora ou piora – que vivenciam.

Nos relatos de Lana e Mara encontramos vários exemplos do processo de imaginação que se conduz no interior de instituições religiosas. Lana menciona com bastante ênfase uma conversa com a entrevistadora do centro espírita (etapa prescrita do tratamento), em que esta descreve seu estado mediante a imagem de um guarda-roupa desarrumado. Esta imagem produz sobre Lana um forte impacto, que é preciso entender: primeiramente, não apenas descreve o seu problema, como também aponta no sentido de uma solução, pois afinal, um guarda-roupa desarrumado é fundamentalmente um guarda-roupa a arrumar. Seguindo o modelo de Peirce, pode-se dizer que a imagem (signo) refere-se ao problema de Lana (seu objeto), recolocando-o conforme a ótica de uma perspectiva futura (que é o interpretante do signo): oferece, assim, elementos para que se esboce com maior clareza um projeto de cura. Interpretar a imagem é encontrar sua abertura para o futuro. Esse ponto nos conduz diretamente ao papel das imagens na elaboração de projetos.

No projeto desenha-se um esboço de futuro, que nem sempre corresponde a um encadeamento de proposições abstratas, senão a uma série de imagens vagas, que se elaboram, têm seus contornos preenchidos, e muitas vezes redesenhados, no curso da ação. Quando elaborado inicialmente e no processo mesmo de sua realização, o projeto não é dotado da clareza que lhe atribuímos uma vez concluída a ação: é, antes, uma sucessão de imagens ou esboços sobre um fundo sempre móvel de indeterminação. É assim que se trabalha a imagem do guarda-roupa desarrumado no diálogo entre Lana e a terapeuta espírita, como um esboço a ser gradativamente preenchido. A terapeuta esforça-se por conduzir esse processo de imaginação, apresentando elementos da doutrina espírita como passos, para que Lana livre-se da desordem em que se encontra sua vida; busca uma confluência entre o projeto individual de Lana e o *ethos* espírita. Seu sucesso depende, primordialmente, de que Lana compreenda a imagem que lhe apresenta.

Mas em que consiste de fato essa compreensão? Lana não capta a imagem que lhe oferecem no centro apenas como uma analogia a desvelar intelectualmente, uma formulação que contempla à distância para compreender; antes, vê-se envolvida na imagem, transportada subitamente para um quadro que não apenas representa sua vida, mas é sua vida. Seria correto dizer que Lana compreendeu a imagem proposta no centro, mas não porque foi capaz de decodificá-la, decompondo-a em suas unidades mínimas de sentido, nem tampouco porque logrou acrescentar-lhe algo, preenchendo o esboço sugerido pela terapeuta, mas especialmente por haver-se identificado ou 'sintonizado' com a imagem. Imagens não escondem significados ocultos – interpretá-las não é desvendar esses significados –, e dizer que Lana adiciona elementos de sua vida à imagem é ainda uma descri-

ção muito pobre de um ato de síntese (imagem-ato na concepção sartriana) que implica um situar-se no universo da imagem apresentada. A compreensão aqui consiste, sobretudo, em um engajamento ativo no mundo da imagem.

As experiências do passe que Lana e Mara vivenciam no centro espírita nos trazem outro exemplo interessante da produção de imagens em contextos rituais, em que já não se observa um papel tão direto do terapeuta na condução do processo de imaginação. No caso de Mara, o movimento das mãos efetuado pela passista em torno do seu corpo a transporta para o mundo da mágica: ela vê a passista como um mágico que produz outras realidades descrevendo círculos no ar com as mãos. O apelo que o passe exerce sobre Mara funda-se em parte sobre essa imagem. Mas não se pode resumir a experiência de Mara à simples visualização da passista-como-mágico; imaginar é um engajamento sensorial que neste caso envolve, além da visão, um senso de relaxamento corporal ou um estado de calma, tal como descrito pela própria Mara. O mesmo sucede-se com Lana, que relata sair de si mesma durante o passe. Supor que, neste caso, Lana está apenas utilizando uma analogia para expressar um estado de bem-estar psicológico significaria esquecer que – conforme se evidencia em sua narrativa – não sentir mais os pés no chão constitui para ela uma experiência de fato encarnada. O passe a renova porque a torna leve.

Apenas considerando a imaginação enquanto ato que engaja os sentidos é que se pode entender as experiências que Lana descreve valendo-se do conceito de energia, idéia-chave da doutrina espírita que ela parece ter efetivamente incorporado à sua vida cotidiana. A energia positiva que sente no passe, ou quando assiste ao programa televisivo do terapeuta, traduz-se em uma sensação de leveza – de "voar como o vento" – e de luminosidade. Da mesma forma, a energia acumulada que ela identifica como elemento causador de sua aflição é um choque que sente em algumas sessões espíritas ou quando morre alguém conhecido. A imagem da energia (choque) é antes tátil que visual, envolvendo uma experiência encarnada da idéia abstrata de energia: o choque (imagem) é a energia que nos fere quando "metemos o dedo em uma tomada", é sentir a energia na pele. A imagem funciona como uma ponte entre um conceito geral da religião e uma experiência bastante cotidiana. É o caso igualmente dos caroços que Mara sente brotar em seu rosto nos rituais de cura operados na Igreja Universal: a imagem é tátil, mas o tato arrasta consigo a visão e, quem sabe, também o olfato (o cheiro dos caroços que rompem no rosto).

Retomando o esquema de Peirce, pode-se dizer que, no exemplo de Mara, a imagem/signo – caroços que brotam na face – volta-se para o objeto imediato (aquele diretamente representado no signo) que é a oração proferida, e refere-se ao objeto dinâmico (para o qual o signo aponta indiretamente, sem jamais poder esgotar) que é a experiência de doença. Por fim, desenvolve-se um desenlace para a situação-problema apresentada (seu interpretante): os caroços que se rompem são de fato o mal que está sendo expelido. No caso de Lana, por sua vez, a

imagem/signo – o choque – tem como objeto imediato um conceito ainda vago ou abstrato de energia aprendido no espiritismo, e como objeto dinâmico, sua experiência de aflição. O interpretante é tanto uma nova dimensão vivida do conceito (energia acumulada como causa do seu nervoso), quanto um sinal, dentro dos planos de Lana, de que algo está para acontecer. Talvez ainda se possa identificar mais um interpretante nesse caso, correspondendo ao que Peirce chama de interpretante lógico (um hábito suscitado pelo signo), e ao qual podemos nos referir mediante o conceito de 'modo somático de atenção' desenvolvido por Csordas (1993): uma maneira de atenção corporal a certas situações e/ou pessoas. Elaborando essa hipótese, pode-se supor que a inserção de Lana em um universo religioso afro-espírita (não necessariamente em uma instituição religiosa) tê-la-ia conduzido a desenvolver experiências corporais que lhe permitem compreender determinados contextos – no sentido de situar-se ativamente neles – antes mesmo de interpretá-los em uma dimensão intelectual. A sensação do choque seria justamente uma dessas experiências corporais adquiridas.

O engajamento do corpo nos processos de imaginação é algumas vezes vivido como um engajamento total da pessoa, uma fusão (ou quase) entre imagem e *self*, que, interessantemente, Sartre descreve, ao tratar dos casos de imitação, como possessão. Imaginar é, então, incorporar a realidade da imagem. A história de Mara caracteriza-se por processos imaginativos desse tipo. O candomblé apresenta-lhe a imagem de Iemanjá como seu orixá: "diz que ela me guia... eu sou dela". Mara retém e reelabora alguns traços dessa imagem genérica que admira: Iemanjá-para-Mara é a força do mar, a santa do "cabelão" solto (também ele signo da força bruta das águas), com quem "ninguém pode". Em uma situação de conflito, que parece demandar de sua pessoa justamente tais qualidades, a Iemanjá admirada torna-se também a Iemanjá vivida: Mara então se descobre Iemanjá com toda sua força. A imagem inscreve-se no corpo – é aqui uma imagem corporal de força e enfrentamento –; porém, ao invés de uma anulação de Mara no seu universo, parece produzir um estado híbrido, em que signo e objeto ameaçam fundir-se em uma nova identidade: 'Mara-com-Iemanjá' (seu interpretante). Essa identidade de certo modo frágil e temporária fez de Mara uma "mulher super-homem", como ela descreve.

Um tanto distintas dessa experiência, temos as imagens da mãe e do velho que Mara vivencia com certa freqüência em seu cotidiano. Nesses dois casos, já não parece apropriado falar em formação de uma identidade híbrida (entre o sujeito e a imagem/objeto), senão de uma experiência de alteridade radical, ou total deslocamento para o domínio da imagem, em que Mara experimenta o corpo ora como seu, ora como de outro. A incorporação da imagem caracteriza-se aqui por uma certa tensão entre ser o mesmo e ser o outro, o que pode assumir tanto contornos positivos, como é o caso da manifestação da mãe, com quem Mara dialoga, quanto negativos, como na manifestação do velho. É como se o corpo se

tornasse palco do encontro entre dois seres: assim é que Mara escuta e responde as palavras do velho e da mãe. Construída no corpo, a imagem recria uma história passada, da qual Mara foi protagonista, constituindo o que Stoller (1997), ao tratar da possessão, chama de memória encarnada. Mais importante ainda, mantém essa história em curso, por meio dos encontros e conflitos que continuamente envolvem Mara, sua mãe e o velho.

Neste ponto, o papel da emoção na construção da imagem vivida mostra-se fundamental. Embora a identificação entre Mara e as figuras de Iemanjá, sua mãe e o velho oriente-se pelo conhecimento que ela tem acerca de cada um desses 'objetos', é o sentimento que motiva e permite que se complete a síntese imaginativa. A admiração nutrida pelo orixá genérico, sua forte ligação afetiva com a mãe e os sentimentos de temor e suspeita suscitados pelo velho põem em curso, e em larga medida sustentam, as imagens que Mara vive. Nesse processo, arranca-se a imagem de sua existência enquanto signo para reclamar sua realidade ou, parafraseando Merleau-Ponty (1994:248), a significação termina por devorar o signo.

Se as três imagens incorporadas por Mara convergem para sínteses próprias, pessoais, produzidas com base em um estoque anterior de conhecimentos e experiências acumuladas, diferem, todavia, quanto à sua ancoragem em contextos institucionais. Ao passo que a incorporação de Iemanjá constituiu uma experiência aprendida na religião, partindo mesmo do *habitus* formado no interior desta, a manifestação da mãe falecida ou do velho não apresenta o mesmo enraizamento institucional. A manifestação de Iemanjá parece, a princípio, ser aceita no terreiro freqüentado por Mara (é um conflito pessoal com a mãe-de-santo que conduz à ruptura do seu vínculo com o candomblé), ao contrário das incorporações da mãe falecida e do velho, que não encontram legitimação, nem no centro espírita nem na Igreja Universal. Tampouco os guias de Lana – imagens que traz consigo de uma história passada – legitimam-se no centro.

No centro espírita, Mara apresenta grande dificuldade em ajustar-se ao modelo de autocontrole pregado pelos médiuns, o qual, no seu caso, demanda que abdique de manifestar sua mãe. Também Lana sofre dificuldade semelhante: o controle de si implicava o bloqueio dos guias que, no passado, haviam-na ajudado a curar-se. Nada mais estranho ao universo imaginário das duas – talvez se possa dizer, ao universo imaginário das classes trabalhadoras brasileiras – do que o individualismo embutido em tal mensagem, a noção de um 'eu' bem demarcado sob o comando de uma vontade una que é a razão. Lana reage a tal concepção, afastando-se do espiritismo, porém continua vivenciando o poder de sua energia ao assistir o programa de Urandir; Mara volta-se para a Igreja Universal. Diferentemente dos médiuns espíritas, os pentecostais não pregam um controle individual sobre o corpo, a ser paulatinamente assumido como sinal de independência e evolução, mas uma entrega radical e súbita do corpo e da vontade ao controle de Deus (e, portanto da igreja que O representa). Entretanto, embora o mundo do

pentecostalismo seja mais próximo de Mara que o universo individualista do espiritismo kardecista, tampouco oferece qualquer chance para uma aceitação e reconhecimento do caráter particular e benéfico das manifestações de sua mãe.

Conclusão

As experiências conflituosas vividas por Mara e Lana no âmbito do pentecostalismo e espiritismo colocam uma questão bastante importante no que concerne aos processos de imaginação desenvolvidos em contextos religiosos. Chamam a atenção para o fato de que não se pode assumir de antemão que o desenrolar de tais processos enquadre-se perfeitamente no contexto do ritual de cura, como se antes de buscar tratamento em uma instituição religiosa, apenas estados confusos e caóticos caracterizassem o eventual cliente. Imagens podem ser e são freqüentemente produzidas fora de um contexto institucional de tratamento, como sínteses próprias, pelas quais seus criadores adquirem um senso encarnado da situação da doença e de seus eventuais desdobramentos. Neste sentido, funcionam propriamente como elemento orientador das escolhas terapêuticas. Considerando o intenso trânsito entre diferentes agências religiosas, que caracteriza a experiência do sagrado de amplos setores das classes populares brasileiras, este ponto reveste-se de uma significação especial: remetendo a uma trajetória de contato com distintos universos religiosos, as imagens elaboradas e trazidas pelos doentes para determinada instituição de cura podem ser mais sincréticas e multifacetadas do que provavelmente gostariam quer terapeutas, quer antropólogos.

Isto significa que é preciso reformular nossa abordagem das práticas religiosas de cura e, mais especificamente, dos rituais, como forma por excelência em que se procedem os tratamentos religiosos. Se o que observamos em um ritual de cura não consiste na operação de uma estrutura simbólica inconsciente, tampouco consiste em um processo unidirecional, no qual modela-se a imaginação do doente/participante sob o efeito da encenação, tomada como um mecanismo quase independente dos atores. Encontra-se em jogo nas performances uma dinâmica de diálogo, persuasão e negociação que é sempre incerta e imprevisível quanto a seu desenlace, e que tanto alimenta quanto é, ela mesma, alimentada por um contexto mais amplo de experiência. Assim, ao se analisar os resultados alcançados nas performances que compõem um tratamento religioso, deve-se considerar sua abertura para dialogar com, e até mesmo prover, uma certa legitimidade dos modos de imaginação que definem o ponto de vista encarnado do doente. Em parte, as experiências frustradas de Mara e mesmo de Lana nos tratamentos religiosos em que se envolveram podem ser compreendidas à luz dessas considerações: ingressando em determinados contextos religiosos de cura, elas não esperavam simplesmente 'preencher-se' de imagens tiradas do repertório oficial da institui-

ção; queriam também ver legitimados certos modos de compreender ou imaginar a situação da aflição, que já haviam incorporado à sua maneira de vivenciá-la. Mara nutrira esperanças de que o espírito de sua mãe pudesse ser reconhecido e cultivado no centro espírita – o que, a princípio, parecera perfeitamente compatível com a cosmologia do culto. Lana esperara que sua mediunidade fosse reconhecida no centro, porque, afinal, ela já havia dado sessão de mesa branca. Também ela encontra certa resistência dos médiuns, cuja abordagem terapêutica parece querer 'bloquear' seus guias.

Falar da produção de imagens em terapias religiosas requer, portanto, que se dê conta de uma dinâmica relacional, o que inclui tratar também de interesses e projetos, questões de poder e legitimação. Há uma dimensão intersubjetiva subjacente a todo processo de imaginação: imagens sempre se produzem, remodelam e mantêm em contextos de interação. Mara não logrou identificar-se com os caminhos de imaginação que lhe foram sugeridos no centro não apenas porque os temas do autocontrole e autocentramento, sobre os quais aqueles se erguem, são alheios ao estoque de conhecimento que ela adquiriu ao longo de uma trajetória típica de classe trabalhadora urbana, mas sobretudo porque tais caminhos contradizem o projeto (e as imagens a ele vinculadas) que ela delineou com base neste estoque adquirido, e que, ao menos parcialmente, ela vê legitimado por outros sujeitos significativos com quem convive: Mara-que-incorpora-a-mãe é um projeto de identidade que encontra certa medida de aceitação e reforço entre seus familiares. A adesão de Lana ao tratamento espírita, por sua vez, expressa um projeto mais amplo de sinalizar a diferença com relação aos habitantes pobres do bairro; Lana vive em um nicho de prosperidade no interior do Nordeste e está sempre a demarcar sua distinção. Se o centro de classe média em que se insere acena-lhe com uma possibilidade a mais de viver essa distinção, frustra, entretanto, um outro de seus projetos, na medida que não oferece espaço para o reconhecimento da sua pretensão à posse legítima de poder sagrado. Não há lugar no centro para aceitação dos guias de Lana, por serem vinculados demais ao mundo dos caboclos e da umbanda, dos quais a doutrina espírita se distancia para afirmar sua superioridade evolutiva (e de classe).

Enfim, cabe notar que um exame das histórias de Lana e Mara evidencia o papel central dos processos de imaginação na configuração e reconfiguração de suas experiências no âmbito das agências religiosas com que se envolveram. Entretanto, no decorrer da discussão dessas duas histórias, torna-se claro que, se para entender-se o papel de uma experiência religiosa na transformação dos modos de compreender e lidar com a aflição é preciso 'descer' ao nível dos processos subjetivos de imaginação, é igualmente necessário trilhar o caminho oposto, isto é, ir além do domínio estreito do ritual em direção aos processos sociais mediante os quais as imagens são elaboradas, negociadas e legitimadas ou deslegitimadas. Por um lado, é necessário produzir uma descrição densa dos mo-

dos de imaginação pelos quais os participantes de um ritual gradativamente atentam para e envolvem-se no drama construído. Por outro lado, é preciso analisar o contexto extra-ritual, de forma a compreender tanto o processo de significação que já se iniciou antes do tratamento (e que em parte explica a predisposição para esse tratamento), quanto o modo pelo qual os doentes de fato compreendem os significados propostos no ritual, no sentido de serem efetivamente incorporados à vida. Na verdade, ambas as dimensões da investigação interligam-se intimamente, pois o diálogo ou síntese interna que constitui a imagem enquanto modo de consciência alimenta-se pelo diálogo externo, cotidiano, entre sujeitos situados. Tanto a tríade de Peirce quando o modelo (também ele triádico) proposto por Sartre para a compreensão da imagem pressupõem e, efetivamente, adquirem vida por sua inserção em um contexto mais amplo de interlocução.

Notas

1 Em sua análise dos modos e usos da imagem entre católicos pentecostais nos Estados Unidos, Csordas (1994) propõe que se trace uma distinção entre a imagem como signo (objeto de estudo da semiótica) e a imagem como experiência ou ser-no-mundo (objeto de estudo da fenomenologia). Peirce e Sartre oferecem respectivamente os modelos de abordagem para cada uma dessas dimensões da imagem. Embora concordemos com Csordas no que toca à necessidade de não subsumir a experiência vivida – que está apoiada no corpo, inseparável da subjetividade, e que guarda sempre uma dimensão de indeterminação – a processos semióticos que se situam no nível dos signos e que são caracteristicamente determinados, julgamos que o modelo de Peirce, por enfatizar o processo contínuo de significação e ressignificação envolvido na produção de todo discurso, não está tão distante de uma abordagem da imagem enquanto experiência.

2 Merleau-Ponty desenvolve essa idéia extensamente em *Fenomenologia da Percepção*: "não compreendo os gestos do outro por um ato de interpretação intelectual, a comunicação entre as consciências não está fundada no sentido comum de suas experiências, mesmo porque ela o funda: é preciso reconhecer como irredutível o movimento pelo qual me empresto ao espetáculo, me junto a ele em um tipo de reconhecimento cego que precede a definição e elaboração intelectual do sentido. (...) É por meu corpo que compreendo o outro, assim como é por meu corpo que percebo as 'coisas'" (1994:252-253).

3 É interessante observar que esse relato de Lana sobre o seu nervoso guarda forte semelhança com o relato de Socorro, analisado no capítulo 7. De fato, a associação do nervoso a uma história que combina a vivência de grandes dificuldades a um duro exercício de autonomia (propriamente constitutiva da identidade) domina nos relatos de vida de várias mulheres de classe trabalhadora urbana, que sofrem de nervoso, segundo avaliação própria e dos familiares e/ou vizinhos (ver Rabelo, 1996; Hita, 1998).

[4] Conforme já observado no capítulo 1, essa associação entre causas espirituais e orgânicas é relativamente comum no imaginário local. Também é interessante observar, seguindo o argumento do capítulo 2, como Mara, ao localizar seu problema em um lugar específico do corpo – um lado da cabeça –, pode preservar seu eu dos danos morais associados à loucura propriamente dita.

Referências Bibliográficas

BRANDÃO, C.R. Os Deuses do Povo. São Paulo: Brasiliense, 1980.

COMAROFF, J. Healing and the cultural order: the case of the Barolong boo Ratshidi. *American Ethnologist*, 7(4):637-657, 1980.

COMAROFF, J. *Body of Power, Spirit of Resistance*. Chicago: Chicago University Press, 1985.

CSORDAS, T. Somatic modes of attention. *Cultural Anthropology* 8(2):135-156, 1993.

CSORDAS, T. *The Sacred Self: a cultural phenomenology of charismatic healing*. Berkeley: University of California Press, 1994.

DROOGERS, A. The enigma of the metaphor that heals: signification in an urban spiritist healing group. Annual Meeting of the American Anthropological Association, Washington D.C., 1989. (Mimeo.)

FERNANDES, R.C. *Os Cavaleiros do Bom Jesus*. São Paulo: Brasiliense, 1982.

FERNANDEZ, J. African religious movements. *Annual Review of Anthropology*, 7:195-234, 1978.

FERNANDEZ, J. *Persuasions and Performances: the play of tropes in culture*. Bloomington: Indiana University Press, 1986.

GEERTZ, C. *A Interpretação das Culturas*. Rio de Janeiro, Zahar, 1978.

GREENFIELD, S.M. Spirits and spiritist therapy in southern Brazil: a case study of an innovative, syncretic, healing group. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 16(1):23-52, 1992.

KAPFERER, B. Introduction: ritual process and the transformation of context. *Social Analysis*, 1:3-19, 1979a.

KAPFERER, B. Entertaining demons. *Social Analysis*, 1:108-152, 1979b.

KAPFERER, B. *A Celebration of Demons: exorcism and the aesthetics of healing in Sri Lanka*. Oxford: Berg Publishers Limited, 1991.

LÉVI-STRAUSS, C. *Antropologia Estrutural*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1967.

MERLEAU-PONTY, M. *Fenomenologia da Percepção*. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

RODRIGUES, A.D. *Introdução à Semiótica*. Lisboa: Presença, 1991.

RODRIGUES, A.D. *Dimensões Pragmáticas do Sentido*. Lisboa: Cosmos, 1996.

SANTAELLA, L. *A Percepção: uma teoria semiótica*. São Paulo: Experimento, 1993.

SARTRE, J.P. *O Imaginário*. São Paulo: Ática, 1996.

SARTRE, J.P. *O Ser e o Nada: ensaio de ontologia fenomenológica*. Petrópolis: Vozes, 1997.

SCHIEFFELIN, E.L. Performance and the cultural construction of reality. *American Ethnologist*, 12(4):707-724, 1985.

STOLLER, P. *Sensuous Scholarship*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1997.

TAMBIAH, S. A performative approach to ritual. *Proceedings of the British Academy*, LXV:113-169, 1979

TAUSSIG, M. Reification and the consciousness of the patient. *Social Science and Medicine*, 14B:3-13, 1980.

TURNER, V. *The Forest of Symbols*. Ithaca: Cornell University Press, 1967.

TURNER, V. *The Ritual Process*. Chicago: Aldine, 1969.

TURNER, V. *Dramas, Fields and Metaphors*. Ithaca: Cornell University Press, 1974.

TURNER, V. *Revelation and Divination in Ndembu Ritual*. Ithaca: Cornell University Press, 1975.

WARREN, D. A terapia espírita no Rio de Janeiro por volta de 1900. *Religião e Sociedade*, 11(3):56-83, 1984.